

SOLIDARITEITSFONDS VAN HET STEDELIJK EN HOGER ONDERWIJS ANTWERPEN VZW

Polisnummer: BCVR23385

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2025.

WAT ZIJN DE VOORDELEN VAN DEZE VERZEKERING?

In geval van hospitalisatie of ernstige ziekte biedt deze verzekering u een tussenkomst in de medische kosten die u nog moet betalen na (eventuele) tussenkomst van het ziekenfonds. De medische kosten in verband met uw hospitalisatie gemaakt in de periode van 1 maand vóór en 3 maanden na de hospitalisatie komen ook in aanmerking voor tussenkomst.

U kiest zelf in welke verpleeginrichting en door welke erkende arts u wordt verzorgd.

WIE KAN GENIETEN VAN DEZE VERZEKERING?

U geniet als lid van het Solidariteitsfonds vzw, met name de personeelsleden van de scholengroep "Stedelijk en Hoger onderwijs Antwerpen", de gepensioneerden, de weduwe of weduwnaar van het overleden lid, alsook de ex-partner van de leden igv scheiding, hierna **hoofdverzekerde** genoemd, automatisch van deze verzekering. U dient evenwel onderworpen te zijn aan de Belgische sociale zekerheid en in België of in een aangrenzend land te wonen.

Bovendien kunnen ook uw gezinsleden aansluiten op voorwaarde dat ze genieten van de Belgische sociale zekerheid en in België wonen. De aansluiting van de gezinsleden is facultatief. Zij worden medeverzekerden genoemd.

Onder **gezinsleden (medeverzekerden)** verstaan we:

- de echtgeno(o)t(e);
- de wettelijke of feitelijke samenwonende partner van de hoofdverzekerde zonder familiale banden;
- de kinderen van de hoofdverzekerde of van de partner, jonger dan 25 jaar en genietend van kinderbijslag;
- de gehandicapte kinderen van de hoofdverzekerde voor zover ze een gehandicaptentoeslag ontvangen.

Als u beslist om uw gezinsleden aan te sluiten, dient u alle gezinsleden aan te sluiten. Deze regel geldt niet voor gezinsleden die al een soortgelijke verzekering hebben. Zij dienen hiervan wel een attest voor te leggen.

Alle wijzigingen in de samenstelling van uw gezin, adres- of correspondentiegegevens, geeft u door aan het Solidariteitsfonds vzw. U bent verantwoordelijk voor de opgave van de juiste gegevens.

Ook als u met **pensioen of in SWT** (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) gaat, kunt u aangesloten blijven bij deze verzekering. Dit geldt zowel voor uzelf als hoofdverzekerde als voor uw gezinsleden (medeverzekerden) die op het moment van uw pensioen of op het moment dat u in SWT gaat, aangesloten waren bij deze verzekering.

Bij het **overlijden** van de hoofdverzekerde kunnen de gezinsleden die al aangesloten waren bij deze verzekering verder aangesloten blijven.

HOE EN WANNEER KUNNEN U EN UW GEZINSLEDEN AANSLUITEN?

Hoofdverzekerden

De aansluiting gebeurt in het kader van het lidmaatschap bij het Solidariteitsfonds vzw.

Medeverzekerden (gezinsleden)

Uw gezinsleden kunnen aansluiten bij deze verzekering vanaf de dag van recht op aansluiting en ten vroegste op de dag dat u als hoofdverzekerde aansluit.

De dag van het recht op aansluiting is:

- voor de echtgeno(o)t(e): de dag van het huwelijk;
- voor de samenwonende partner: de dag van de aanvang van het samenwonen. Het begin van het samenwonen dient te worden aangetoond met een attest van samenwonen afgeleverd door het gemeentebestuur;
- voor een kind: de geboortedag of de adoptiedag;
- voor een kind van de huwelijks- of samenwonende partner: de dag van het huwelijk of het samenwonen.

Als de vraag tot aansluiting gebeurt binnen de 2 maanden volgend op de dag van het recht op aansluiting, dan is de verzekerde tijdig aangesloten en spreken we over een **tijdige aansluiting**. Als de aanvraag later gebeurt, dan is de verzekerde laattijdig aangesloten en gaat het over een **laattijdige aansluiting**.

ZIJN ER MEDISCHE FORMALITEITEN? WACHTTIJDEN? ZIJN DE VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN VERZEKERD?

Tijdige aansluiting

Als u en uw gezinsleden tijdig aansluiten, zijn er geen medische formaliteiten en geen wachttijden. Bij een tijdige aansluiting, zijn de eventuele voorafbestaande aandoeningen verzekerd.

Laattijdige aansluiting

Als u en uw gezinsleden laattijdig aansluiten, zijn er geen medische formaliteiten. Een laattijdige aansluiting gaat in op de 1^{ste} dag van de 10^{de} maand volgend op de datum waarop de aanvraag werd ingediend. Tijdens deze periode van 9 maanden is er geen dekking. Na deze periode van 9 maanden worden kosten voor voorafbestaande aandoeningen ook terugbetaald.

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Voor de hoofdverzekerde stopt de aansluiting:

- wanneer het lidmaatschap bij het Solidariteitsfonds vzw eindigt of verbroken wordt (bij pensionering of SWT kan de aansluiting verdergezet worden bij dit contract) – bij uitdrukkelijke beëindiging is heraansluiten enkel mogelijk wanneer het bewijs geleverd wordt dat men elders verzekerd was voor een gelijkaardige dekking en zonder dekkingsonderbreking;

- bij het overlijden;
- bij het einde van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Medeverzekerden (gezinsleden)

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen. De vrijwillige beëindiging van de aansluiting dient ten minste 1 maand vóór de vervaldag schriftelijk meegedeeld te worden. Later heraansluiten is enkel mogelijk wanneer het bewijs geleverd wordt dat men elders verzekerd was voor een gelijkaardige dekking en zonder dekkingsonderbreking
- wanneer het lidmaatschap van de hoofdverzekerde bij het Solidariteitsfonds vzw eindigt of verbroken wordt (behalve bij overlijden, pensionering of SWT van de hoofdverzekerde);
- als zij het statuut van medeverzekerde verliezen (bijvoorbeeld op het einde van de maand waarin het de leeftijd van 25 heeft bereikt of geen kinderbijslag meer geniet of niet niet meer volledig of gedeeltelijk ten laste van de hoofd-of medeverzekerde is). De dekking stopt vanaf de dag waarop zij niet meer aan de definitie van medeverzekerde voldoen met uitzondering van een kind dat aangesloten blijft tot en met de maand waarin het de leeftijd van 25 jaar bereikt;
- bij het overlijden.

WAT IS INDIVIDUELE VOORTZETTING?

Wanneer u het recht op aansluiting bij deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest, krijgt u de mogelijkheid om, samen met de gezinsleden die bij deze verzekering zijn aangesloten, de verzekering individueel voort te zetten. Deze voortzetting kan zonder medische formaliteiten en wachttijden gebeuren als er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

1. Toetredingsvoorwaarden

Om de verzekering individueel voort te zetten zonder wachttijden en zonder medische formaliteiten dient de hoofdverzekerde gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van uw aansluiting, ononderbroken aangesloten zijn geweest door één of meerdere opeenvolgende verzekeringscontracten 'hospitalisatie – medische kosten' afgesloten bij een verzekeringsmaatschappij. U kunt enkel individueel voortzetten op voorwaarde dat u gedurende minstens twee jaar die voorafgaan aan de datum van het verlies van de aansluiting aangesloten was.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen die al verzekerd zijn op het moment van aansluiting bij de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst blijven bovendien in het individuele contract verzekerd.

2. Termijnen

Hoofdverzekerde

Binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van deze verzekering zal het Solidariteitsfonds vzw u schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen van de mogelijkheid tot individuele voortzetting.

U beschikt over een termijn van dertig dagen om de verzekeringsmaatschappij op de hoogte te brengen van uw intentie om de verzekering geheel of gedeeltelijk individueel voort te zetten. Deze termijn wordt met dertig dagen verlengd op voorwaarde dat u verzekeringsmaatschappij daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze termijnen beginnen te lopen vanaf de dag dat het Solidariteitsfonds vzw u schriftelijk of elektronisch op de hoogte bracht van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst en de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Deze termijn loopt in ieder geval af honderdenvijf dagen na de dag van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Medeverzekerden

Voor de medeverzekerden gelden dezelfde termijnen als diegene die hiervoor beschreven staan voor de hoofdverzekerde. Er geldt enkel een andere termijn als de medeverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst door de hoofdverzekerde. In dat geval beschikt de bijverzekerde over een termijn van honderdenvijf dagen verzekeraar schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van de intentie om het recht op individuele voortzetting uit te oefenen. Deze termijn begint te lopen vanaf de dag waarop de medeverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest.

3. Tariefvoorwaarden

De voorwaarden van het individuele contract zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de verzekeringsmaatschappij op het ogenblik van de individuele voortzetting. De aangeboden waarborgen zijn minstens gelijksoortig aan de waarborgen van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

De tariefvoorwaarden zijn gelijk aan diegene die van kracht zijn op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Het individuele contract begint op het ogenblik van het verlies van het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Het individuele contract is in principe niet opzegbaar door de verzekeraar.

WAT IS VOORFINANCIERING?

De premies van individuele verzekeringen zijn doorgaans een stuk duurder dan de premies van een beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. De wet op de ziekteverzekeringen voorziet daarom in een systeem van voorfinanciering.

U kunt individueel een bijkomende premie betalen waardoor de premie in geval van individuele voortzetting gelijk is aan de premie van de leeftijd waarop u met de voorfinanciering bent begonnen. Dit gebeurt in een afzonderlijk contract, ook wachtpolis genoemd. Allianz Benelux voorziet geen voorfinancieringsproduct.

Meer informatie kunt u terugvinden op de website: www.wachtpolis.be.

WELKE KOSTEN WORDEN TERUGBETAALD? HOVEEL BEDRAAGT DE TUSSENKOMST?

Hoofdwaarborg 'hospitalisatie'

De verzekeraar betaalt de medische kosten terug die u gemaakt hebt tijdens de (thuis)hospitalisatie voor een **medisch noodzakelijke en curatieve behandeling** en veroorzaakt door een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een (thuis)bevalling. Deze kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie.

Onder hospitalisatie verstaan we het medisch noodzakelijke verblijf in een erkende verpleeginrichting waarvoor een vergoeding voor verblijf wordt aangerekend. De opname in het dagziekenhuis is verzekerd voor zover er een wettelijk forfait wordt aangerekend (maxi-forfait, mini-forfait, forfait dagziekenhuis 1 t.e.m. 7 en forfait chronische pijn 1 t.e.m. 3).

Voor de volgende kosten komt de verzekering tussen:

- de kosten voor **verblijf, erelonen van de arts of paramedicus, onderzoeken, behandelingen en geneesmiddelen**, voorgeschreven door een geneesheer, de **parafarmaceutische producten, medisch materiaal, klinische biologie, radiologie en medische beeldvorming**.
Onder paramedische erelonen wordt verstaan: de erelonen van een thuisverpleger, kraamverzorger, vroedvrouw, diëtist, podoloog, logopedist, kinesitherapeut, fysiotherapeut, osteopaat, chiropractor, homeopaat, acupuncturist, psycho-analist en/of psycholoog;
- de kosten voor **protheses en orthopedische toestellen** zoals omschreven en vastgelegd in de nomenclatuur met inbegrip van tandheelkundig materiaal;
- de **wiegendoodtest** voor zuigelingen (polysomnografische registraties)
- de kosten voor **palliatieve verzorging** in het ziekenhuis of in een erkend palliatief centrum;
- de kosten voor het **mortuarium**. De verzekeraar betaalt deze kosten onbeperkt terug voor zover zij aangerekend werden op de hospitalisatiefactuur;
- de kosten voor **thuisbevalling en bevalling in een geboortehuis**
- de meerkosten na eventuele tussenkomst van de ziekteverzekering voor **medisch gerechtvaardigd vervoer** per ziekenwagen of helihulp in België. Deze kosten worden onbeperkt terugbetaald;
- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van een familielid bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind tot 18 jaar. Er is geen leeftijdsbeperking voor gehandicapte kinderen;
- de verblijfskosten van de **orgaan- of weefseldonor**, voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is met een maximum van 1.250,00 EUR ;
- de kosten voor **medisch begeleide voortplanting** (zoals bijv. IVF of ICSI), op voorwaarde dat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt, voor maximum 6.000,00 EUR per verzekerde per aansluitingsperiode. Het invriezen van zaad- of eicellen voor een eventuele latere behandeling is niet verzekerd;
- De kosten in verband met de behandeling van verzekerde **psychische aandoeningen** worden slechts terugbetaald voor zover een diagnose werd gesteld op basis van objectieve symptomen.
- De kosten in verband met een bilaterale mastectomie ter preventie van borstkanker en de borstreconstructie na een preventieve mastectomie, worden terugbetaald tot 1 keer het bedrag van de wettelijke tussenkomst.

De verzekerde kosten waarvoor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering niet tussenkomt, worden terugbetaald aan 50%.

Bijkomende waarborg 'pre- en posthospitalisatie'

Deze bijkomende waarborg voorziet in de terugbetaling van de **kosten van medisch noodzakelijke, ambulante zorgen** die tijdens **1 maand vóór en 3 maanden na** de gewaarborgde hospitalisatie verleend of voorgeschreven zijn door een arts. Deze medische kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de arts of paramedicus. Onder paramedische erelonen wordt verstaan: de erelonen van een thuisverpleger, kraamverzorgster, vroedvrouw, diëtist, podoloog, logopedist, kinesitherapeut, fysiotherapeut, osteopaat, chiropractor, homeopaat, acupuncturist, psychoanalist en/of psycholoog;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- de **homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie**;
- **geneesmiddelen en parafarmaceutische producten** voorgeschreven door een arts en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten en tandheelkundig materiaal** opgenomen in de nomenclatuur met uitsluiting van de kosten voor herstelling, vervanging en onderhoud;
- de **huurkosten** en aankoop van medisch materiaal voorgeschreven door een geneesheer;
- de **kosten voor palliatieve verzorging**.

Alle kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde hospitalisatie.

De verzekeraar betaalt de kosten voor **vervoer** tijdens deze pre- en posthospitalisatieperiode niet terug.

De kosten waarvoor de **verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering niet tussenkomt**, worden **terugbetaald aan 50%**.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre-en posthospitalisatie is onbeperkt.

Kosten voor ambulante zorgen in geval van 'ernstige ziekten'

In geval van één van volgende aandoeningen:

AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, brucellose, cholera, diabetes, difterie, epilepsie, encefalitis, cerebrospinale hersenvliesontsteking, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, myopathie, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, paratyfus, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, buiktyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe betaalt de verzekeraar de medische kosten terug van de ambulante zorgen die werkelijk voor de behandeling zijn gemaakt.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de arts of paramedicus. Onder paramedische erelonen wordt verstaan: de erelonen van een thuisverpleger, kraamverzorgster, vroedvrouw, diëtist, podoloog, logopedist, kinesitherapeut, fysiotherapeut, osteopaat, chiropractor, homeopaat, acupuncturist, psychoanalist en/of psycholoog;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** en parafarmaceutische producten voorgeschreven door een arts;
- de **homeopathische behandelingen, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie**;

- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten en tandheelkundig materiaal** opgenomen in de nomenclatuur met uitsluiting van de kosten van herstelling, vervanging en onderhoud;
- de kosten voor het **huren van medisch materiaal** voorgeschreven door een arts;
- de kosten voor **haarprothesen** tot maximum 1.500,00 EUR per verzekerde per verzekeringsjaar
- de kosten voor **palliatieve verzorging**.

Deze kosten moeten vanzelfsprekend gemaakt zijn naar aanleiding van een verzekerde ernstige ziekte.

Er is geen tussenkomst voor de kosten voor **vervoer**.

De verzekerde kosten waarvoor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering niet tussenkomt, worden terugbetaald aan **50%**.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg ambulante zorgen in geval van “ernstige ziekten” is onbeperkt.

Belangrijke opmerking: Als u wordt opgenomen als gevolg van een verzekerde ernstige ziekte dan gelden voor de kosten gemaakt tijdens de ziekenhuisopname de terugbetalingsvoorwaarden van de waarborg ‘hospitalisatie’.

Kosten voor ambulante oogheelkundige chirurgie

Voor oogheelkundige chirurgie uitgevoerd buiten een erkend algemeen of universitair ziekenhuis is er tussenkomst voor zover deze wordt uitgevoerd in een ambulant extramuraal centrum dat voldoet aan de architectonische en wettelijke normen van een functie chirurgische daghospitalisatie en aan de door de ZIV vereiste notificatievoorwaarden voor terugbetaling, en dit tot een maximum van 1 maal de wettelijke tussenkomst per prestatie. Het derdebetalerssysteem is niet van toepassing.

De prestaties die in aanmerking komen voor terugbetaling zijn: behandeling glaucoom (trebeculectomie en iridectomie) nomenclatuurcodes 246573 en 246551, vitrectomie nomenclatuurcode 246654, herstel ablatio nomenclatuurcode 246772, ectropion nomenclatuurcode 245851, ptosis nomenclatuurcode 245814, blepharoplastie (medisch noodzakelijk en functioneel) nomenclatuurcode 245733.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

Er is geen tussenkomst voor de kosten die voortvloeien uit:

- esthetische behandelingen of verjongingskuren. De kosten van plastische herstelheekunde ingevolge een ziekte of een gewaarborgd ongeval, worden ten laste genomen inclusief de hiermee gepaard gaande esthetische prestaties;
- ziekten of ongevallen die de verzekerde overkomen (op voorwaarde dat het oorzakelijk verband is vastgesteld);
- in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift, tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat hij/zij uit onwetendheid alcoholische dranken of verdovende middelen heeft gebruikt, of hiertoe door een derde werd gedwongen;
- ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overmatig gebruik van geneesmiddelen;
- sterilisatie en anti-conceptieve behandeling, tenzij om dwingende medische redenen;
- wettelijke inenting, keratotomie, refractieve heekunde;
- thermale kuren, verblijf in kuur-, bad- gezondheids- of herstellingsoord alsook in elke andere dienst of instelling maar met het doel een bepaalde kuur te volgen, zelfs indien het verblijf medisch is voorgeschreven;
- oorlogsfeiten, wanneer de verzekerde hierbij betrokken wordt als burger of militair, wegens

- burgeroorlog of oproer, tenzij hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen of hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- een door de verzekerde gestelde opzettelijke daad (*zelfdoding is geen opzettelijke daad*), tenzij de verzekerde het bewijs kan leveren dat het een geval van redding van personen of goederen betreft, een door de verzekerde gepleegde misdaad of misdrijf, roekeloze daad of grove schuld. Onder grove schuld wordt verstaan:
 - o weddenschap of uitdaging;
 - o zich bevinden onder invloed van verdovende, hallucinogene of andere drug;
 - o verkeren in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie volgens de Belgische wegcode;
 - de schade voortspruitend uit het gebruik van nucleaire energie welke onder toepassing van de Conventie van Parijs (wet van 22 juli 1985) of alle andere wettelijke bepalingen welke deze wetgeving zouden vervangen, wijzigen of aanvullen;
 - subjectieve of psychische stoornis die geen objectieve symptomen vertoont die een nauwkeurige diagnose mogelijk maken;
 - medische en paramedische behandelingen en geneesmiddelen die niet door het RIZIV erkend worden;
 - persoonlijke kosten zoals huur telefoon, televisie, ijskast ...

HOE WORDT DE TUSSENKOMST BEREKEND?

De tussenkomst van deze verzekering gebeurt steeds na tussenkomst van de wetgeving op de sociale zekerheid, de beroepsziekten, de arbeidsongevallen en de ongevallen op de weg naar en van het werk, en ook van de al onderschreven contracten met hetzelfde oogmerk.

U wordt niet belast op de vergoedingen die u uit deze verzekering geniet en hoeft dus geen sociale lasten te betalen op het ontvangen voordeel.

IS ER EEN VRIJSTELLING OF FRANCHISE?

Bij een (dag)opname in een eenpersoonskamer is de vrijstelling of franchise gelijk aan 150,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar is de periode die begint op de algemene vervalddag van de verzekering en die twaalf maanden later eindigt. In geval van aansluiting tijdens een verzekeringsjaar, wordt de vrijstelling pro rata berekend.

In geval van een (dag)opname in een twee- of meerpersoonskamer is er geen vrijstelling.

De vrijstelling wordt slechts eenmaal toegepast in de volgende situaties:

- voor verschillende verzekerden van eenzelfde gezin betrokken in eenzelfde ongeval;
- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind, op voorwaarde dat gans het gezin verzekerd is.

Voor de ambulante kosten in verband met de waarborg "ernstige ziekten" is er geen vrijstelling of franchise.

Belangrijke opmerking: Als u wordt opgenomen als gevolg van een verzekerde ernstige ziekte dan wordt er voor de kosten gemaakt tijdens deze (dag)opname bovenvermelde vrijstelling of franchise in mindering gebracht.

WAT IS HET DERDEBETALERSSYSTEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssysteem **Medi-Link** betaalt, bij een gewaarborgde hospitalisatie, uw hospitalisatiefactuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. U hoeft geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis en u betaalt achteraf alleen de vrijstelling en de kosten terug die niet binnen de waarborg vallen.

Meer info over Medi-Link vindt u via www.vanbreda-health.be/medi-link. Met onze **Vanbreda app** heeft u steeds al uw kaarten digitaal bij de hand (Medi-Link, AssurPharma, Assi-Link – indien van toepassing in uw contract).

WAT MET KOSTEN IN HET BUITENLAND?

Deze verzekering is overal ter wereld geldig.

Belangrijk: Als u uw gebruikelijke verblijfplaats niet in België of een aangrenzend land heeft of als u langer dan 3 maanden per jaar in het buitenland verblijft, dan dient u een voorafgaandelijk akkoord te vragen aan de verzekeraar.

Voor grensarbeiders geldt bovenstaande bepaling enkel indien ze hun gebruikelijk verblijfplaats hebben in een ander land dan België of hun woonland of indien ze langer dan drie maanden per jaar in een ander land dan België of hun woonland verblijven.

WAT IS ASSI-LINK +?

Deze bijstandsverzekering is een aanvulling op de hospitalisatieverzekering. Deze aanvullende waarborgen hebben zowel betrekking op de bijstand in geval van medische problemen in het buitenland als bij een hospitalisatie in het land van uw domicilie (België, Nederland, Frankrijk, Duitsland of het Groothertogdom Luxemburg).

Bijstand in het buitenland:

- eerste medische hulp;
- bijstand aan de gezinsleden;
- verlenging van het verblijf in het buitenland;
- transport;
- waarborgen na overlijden in het buitenland;
- terugbetaling van hospitalisatiekosten gemaakt in het buitenland zonder dat er een vrijstelling wordt afgehouden.

Bijstand in het land van uw domicilie (België, Nederland, Frankrijk, Duitsland of het Groothertogdom Luxemburg):

- waarborg "Tijdens de hospitalisatie", bijvoorbeeld huishoudhulp, kinderoppas en vervoer;
- waarborg "Na de hospitalisatie", bijvoorbeeld huishoudhulp, kinderoppas, postnatale zorg door een vroedvrouw, levering van medicatie en vervoer;
- waarborg "Bijkomende bijstand", bijvoorbeeld psychologische bijstand, contactgegevens thuisverzorgingsinstellingen en apotheek en dokter van wacht.

Voor elk van deze waarborgen zijn er specifieke terugbetalingsvoorwaarden. U kunt een uitgebreidere beschrijving van de waarborgen opvragen via de contactgegevens vermeld in het hoofdstuk "Hoe gebeurt de schaderegeling?".

Als u beroep wilt doen op Assi-Link+, kunt u bellen naar het nummer: **+32 2 773 62 26**.

HOE EENVOUDIG EEN NIEUWE OPNAME AANGEVEN OF KOSTEN INDIENEN?

- via de Vanbreda app: www.vanbreda-health.be/vanbreda-app
- via het portaal op app.vanbreda.be

Wilt u ook genieten van een eenvoudigere, snellere en 100% veilige digitale dienstverlening? Ga naar onze website www.vanbreda-health.be/ik-word-digitaal en bekijk welke digitale dienstverlening het beste bij u past!

Lukt het niet via de app, het portaal of heeft u andere vragen, dan staan wij graag voor u klaar via onze website <https://www.vanbreda-health.be/nl/contacteer-ons> of via telefoon **03 292 00 80**. U kan ook mailen naar **solfo@vanbreda.be**.

Voor algemene informatie, eventuele problemen of onduidelijkheden:

- CALLANT Verzekeringen & Financieel Advies NV

Frankrijklei 112 bus 4 – 2000 Antwerpen

- Joyce Maes

Rechtstreeks telefoonnummer: 03 609 89 76

Algemeen nummer: 03 609 89 89

Mailadres: schade.antwerpen@callant.be

steeds met vermelding in het onderwerp van: “Solidariteitsfonds Antwerpen”

Openingsuren kantoor: maandag tot vrijdag: 9u tot 12u en 14u tot 16u

Vanbreda Risk & Benefits gebruikt uw persoonsgegevens onder meer om te voldoen aan alle wettelijke verplichtingen en om haar rol als beheerder van uw medisch plan optimaal te kunnen vervullen. Meer info omtrent de verwerking van uw persoonsgegevens vindt u in ons privacybeleid op onze website <https://www.vanbreda.be/nl/privacy/>.

DIT DOCUMENT IS EEN SAMENVATTING VAN DE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST EN HEEFT LOUTER INFORMATIEVE WAARDE. DE BEROEPSGEBONDEN ZIEKTEVERZEKERINGSOVEREENKOMST ZELF IS HET ENIGE RECHTSGELDIGE DOCUMENT.