

Agentschap voor overheids personeel

SECTORCOMITE XVIII
VLAAMSE GEMEENSCHAP EN VLAAMS GEWEST

protocol nr. 240.777

PROTOCOL HOUDENDE DE CONCLUSIES VAN DE ONDERHANDELINGEN
VAN 27 NOVEMBER 2006 DIE GEVOERD WERDEN IN HET SECTORCOMITE
XVIII VLAAMSE GEMEENSCHAP EN VLAAMS GEWEST

Over

Omzendbrief inzake de collectieve verzekering "gezondheidszorgen"

door de afvaardiging van de overheid, samengesteld uit:

vaste leden

1. de heer Yves Leterme, minister-president van de Vlaamse regering, voorzitter;
2. de heer Geert Bourgeois, Vlaams minister van Bestuurszaken, Buitenlands Beleid, Media en Toerisme, ondervoorzitter;
3. de heer Dirk Van Mechelen, Vlaams minister van Financiën en Begroting en Ruimtelijke Ordening

enerzijds,

en de afvaardigingen van de drie representatieve vakbonden:

- de Algemene Centrale der Openbare Diensten, vertegenwoordigd door:
de heer Hilaire Berckmans
- de Federatie van de Christelijke Syndicaten der Openbare Diensten die onder meer de ACV-Openbare Diensten en de ACV-Transport en Communicatie groepeert, vertegenwoordigd door:
mevrouw Ann Vermorgen
- het Vrij Syndicaat van het Openbaar Ambt, vertegenwoordigd door:
de heer Jos Mermans

anderzijds,

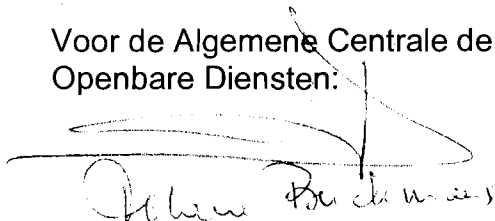
Werd een éénparig akkoord afgesloten over bijgaande omzendbrief
inzake de collectieve verzekering "gezondheidszorgen".

Bijgaand document maakt integraal deel uit van dit protocol.

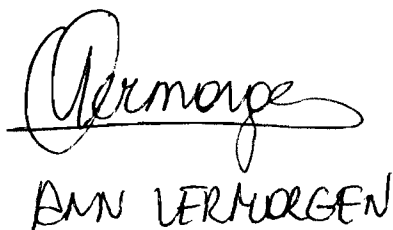
Brussel, **27 -11- 2006**

DE AFVAARDIGING VAN DE
REPRESENTatieve
VAKORGANISATIES:

Voor de Algemene Centrale der
Openbare Diensten:

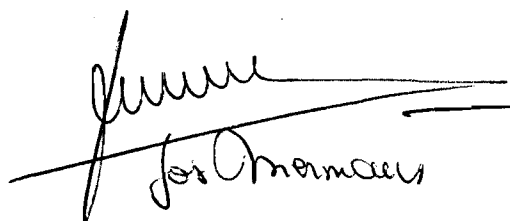


Voor de Federatie van de
Christelijke Syndicaten der
Openbare Diensten



ANN VERMOKEN

Voor het Vrij Syndicaat van het
Openbaar Ambt



DE AFVAARDIGING VAN DE
OVERHEID

De Voorzitter,



Yves Leterme
Minister-president van de Vlaamse regering



Geert Bourgeois
Vlaams minister van Bestuurszaken,
Buitenlands Beleid, Media en
Toerisme

Dirk Van Mechelen
Vlaams minister van Financiën en
Begroting en Ruimtelijke Ordening

Omzendbrief DVO/BZ/P&O/2006/

**Kabinet van de Vlaamse minister van
Bestuurszaken, Buitenlands Beleid,
Media en Toerisme**

Aan de personeelsleden van de diensten van de
Vlaamse overheid
Aan de personeelsleden van de kabinetten van de
Vlaamse Regering

Emile Jacqmainlaan 20, 1000 Brussel
Tel. 02 552 70 00 - Fax 02 552 70 01
kabinet.bourgeois@vlaanderen.be

Betreft: De collectieve verzekering "gezondheidszorgen"

Deze omzendbrief betreft de uitvoering van het sectoraal akkoord 1999-2000 in-
zake de afsluiting van een collectieve hospitalisatieverzekering

Deze omzendbrief wordt herschreven in het kader van Beter Bestuurlijk Be-
leid(BBB) en vervangt de omzendbrieven PEBE/DVR/2005/7 en PE-
BE/VOI/2005/8.

1. Toepassingsgebied

Deze omzendbrief is van toepassing op:

- de departementen;
- de intern verzelfstandigde agentschappen zonder rechtspersoonlijkheid;
- de intern verzelfstandigde agentschappen met rechtspersoonlijkheid,
met uitzondering van
 - Vlaamse Instelling voor Technologisch Onderzoek (VITO);
- de publiekrechtelijk vormgegeven extern verzelfstandigde agentschap-
pen, met uitzondering van
 - Vlaamse Radio- en Televisieomroep (VRT);
 - Vlaamse Opera (VLOPERA);
 - Vlaamse Vervoermaatschappij - De Lijn (VVM);
 - Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
(VDAB) wat betreft het instructiepersoneel;
- het secretariaatspersoneel van de strategische adviesraden;
- het personeel van de administratieve diensten van de Raad van het
Gemeenschapsonderwijs;
- de kabinetten van de Vlaamse ministers;
- de provinciegouverneurs, de arrondissementscommissarissen en de
gewestelijke ontvangers.

2. Verzekerden

In de eerste plaats is deze verzekering afgesloten voor de personeelsleden van de entiteiten waarop deze omzendbrief van toepassing is, met uitzondering van de personeelsleden die zich in de administratieve toestand **non-activiteit** bevinden. Dit wil zeggen dat ook personeelsleden die niet daadwerkelijk op de werkplaats aanwezig zijn maar die zich wel in de administratieve toestand dienstactiviteit bevinden (= de meeste verlofvormen) van de verzekering zullen genieten.

Personen die vanuit of naar een van de entiteiten uit het toepassingsgebied van deze omzendbrief met een opdracht gedetacheerd zijn, vallen ook onder het toepassingsgebied van de hospitalisatieverzekering.

Voor deze personeelsleden die we hierna "hoofdverzekerden" noemen gebeurt de aansluiting automatisch via hun personeelsdienst en zal de premie voor de basisdekking gedragen worden door de werkgever.

De nieuwe polis geldt vanaf 1 oktober 2005, dit wil zeggen dat de kosten voor de prestaties die vanaf deze datum geleverd worden ten laste van FORTIS AG vallen.

Naast deze **hoofdverzekerden** kunnen een aantal **nevenverzekerden** zich tegen dezelfde tarieven aansluiten bij deze polis.

1. de echtgenoot of echtgenote;
2. de officieel samenwonende partner die geen familiebanden heeft met de hoofdverzekerde;
3. de kinderen van de hoofdverzekerde, van de echtgenoot/echtgenote of van de samenwonende partner, die kinderbijslag geniet;
4. de ongehuwde kinderen van de hoofdverzekerde, van de echtgenoot/echtgenote of van de samenwonende partner die geen kinderbijslag genieten op voorwaarde dat zij onder hetzelfde dak wonen of wegens studieredenen elders verblijven;
5. de kinderen van gescheiden of van tafel en bed gescheiden ouders die ten laste zijn van de gescheiden of van het van tafel en bed gescheiden gezinslid op voorwaarde dat de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap;
6. gepensioneerden van de betrokken entiteiten: bij pensionering kan de hoofdverzekerde de dekking als nevenverzekerde verderzetten, zowel voor zichzelf als voor zijn reeds aangesloten gezinsleden. Ook gepensioneerden die op 30 september 2005 reeds aangesloten waren bij de hospitalisatieverzekering die de Vlaamse overheid bij AXA heeft afgesloten kunnen deze verder zetten;
7. weduwen en weduwnaars van hoofdverzekerden of gepensioneerde nevenverzekerden kunnen hun dekking verderzetten indien zij op 30 september 2005

aangesloten waren bij de hospitalisatieverzekering die de Vlaamse overheid bij AXA heeft afgesloten.

3. Aansluiting van de gezinsleden

In bijlage 2 vindt u een aansluitingsformulier voor uw gezinsleden.

Indien de gezinsleden **binnen de drie maanden na de ingangsdatum** (1 oktober 2005) (zie hierboven in punt 3 voor de huidige personeelsleden; of de datum van indiensttreding voor de nieuwe personeelsleden) **van de verzekering voor het personeelslid** (= de hoofdverzekerde) aangesloten worden dan zal dit beschouwd worden als een *tijdige* aansluiting. Hierdoor zal men geen wachttijd moeten doorlopen of medische modaliteiten moeten invullen en zal de verzekering ingaan op de ingangsdatum van de hoofdverzekerde.

Om speculatie te voorkomen is men, indien men er voor kiest om zijn gezinsleden aan te sluiten bij de hospitalisatieverzekering, verplicht **alle** gezinsleden aan te sluiten. Uitzondering hierop zijn echter de gezinsleden die elders een hospitalisatieverzekering afgesloten hebben die de werkelijke ziekenhuiskosten vergoedt. Om dezelfde reden is het niet mogelijk om eens de polis opgezegd is voor de gezinsleden, deze gezinsleden opnieuw aan te sluiten (wederom met uitzondering van opzeggingen ten gevolge van een aansluiting bij een andere hospitalisatieverzekering die de werkelijke ziekenhuiskosten vergoedt).

4. Waarborgen en tarieven van de hospitalisatieverzekering

In bijlage 3 vindt u het document "uw hospitalisatieverzekering", waarin de waarborgen en tarieven van de hospitalisatieverzekering uiteengezet worden. Deze zijn dezelfde als in de vorige AXA-polis, behalve op twee punten:

- de verblijfssupplementen in een éénpersoonskamer en de ereloon-supplementen die met een verblijf in een éénpersoonskamer gepaard gaan, zijn **niet** meer gedekt, tenzij een verzorging in een éénpersoonskamer medisch noodzakelijk is. Wie dit wel wenst te verzekeren kan daarvoor een bijkomende premie betalen. De verzekerden hebben er bij hospitalisatie dan ook alle belang bij om duidelijk aan te geven dat zij niet verzekerd zijn voor opname in een éénpersoonskamer en om in geen geval een document te tekenen waarbij zij akkoord gaan met een opname in een éénpersoonskamer. Wie de opname in een éénpersoonskamer wel wenst te verzekeren kan daarvoor een bijkomende premie betalen aan Fortis AG (zie verder).
- De vrijstelling van 75 € geldt voor alle vormen van hospitalisatie. Deze vrijstelling wordt echter slechts eenmaal ingehouden per schadejaar en per verzekerde. Deze vrijstelling geldt **niet** voor de ambulante kosten m.b.t. de 26 erkende "ernstige ziekten".

De supplementen en de ereloon-supplementen van de geneesheren in geval de rechthebbende gevraagd heeft in een eenpersoonskamer te worden opgenomen, zonder dat zijn gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen, worden slechts gedekt wanneer het aangesloten personeelslid een bijkomende premie van 151,51 euro heeft betaald om dit risico te dekken. Wie dit wenst voor zichzelf en (bijgevolg automatisch ook) voor zijn nevenverzekerden (= gezinsleden) dient hiervoor een keuze te maken voor 31 december 2005, via het antwoordformulier (bijlage 1) en dit aan Fortis AG toe te zenden

6. Verderzetting van de verzekering

Indien de hoofdverzekerde (het personeelslid) 3 jaar bij een polis van de Vlaamse Gemeenschap aangesloten is geweest kan hij, wanneer hij niet langer een gratis premie voor de dekking van de polis geniet, de dekking binnen de maand persoonlijk verder zetten, (binnen 2 maanden voorzover er geen onderbreking van dekking is).

In dit geval zullen er geen wachttijden of medische formaliteiten zijn.

De premie van de individuele verderzetting zal maximaal 2 maal de premie van de collectieve polis zijn.

7. Het beheer van de hospitalisatieverzekering

Het beheer van de hospitalisatieverzekering wordt georganiseerd door Fortis AG. Alle schadeaanvragen, aansluitingen van nevenverzekerden, klachten en vragen (omtrent de waarborgen, ...) dienen dan ook aan Fortis AG gericht te worden op het volgende adres :

Fortis Insurance Belgium - Health Care, Kruidtuinlaan 20, 1000 BRUSSEL

e-mail: hospitalisatie.vlaanderen@fortisag.be

Telefoonnummer Call Center Vlaamse Gemeenschap: 02 / 664 12.06

8. Schadeaanvragen

Schadeaanvragen gebeuren rechtstreeks bij Fortis AG op bovenvermeld adres, met het schadeaanvraagformulier in bijlage 4 en volgens de schadeprocedure beschreven in bijlage 5.

9. Verdere informatie

Verdere informatie kan steeds bekomen worden bij uw personeelsdienst en op de internetwebsite <http://personeel.vlaanderen.be/hospitalisatieverzekering>

10. Bijlagen

- bijlage 1: *antwoordformulier*: enkel in te vullen indien U ten laatste op 31 december 2005 iets wenst te wijzigen inzake de aansluiting van uw gezinsleden en/of indien u kiest voor betaling van de bijkomende premie voor de dekking éénpersoonskamer.
- bijlage 2: *aansluitingsaanvraag gezinsleden*: in te vullen indien u gezinsleden wenst aan te sluiten die nog niet aangesloten waren.
- bijlage 3: *'uw hospitalisatieverzekering'*: samenvatting van de polis (volledige tekst van de polis kan u vinden op de website).
- bijlage 4: *schadeaangifteformulier*: verplicht te gebruiken bij schade.
- Bijlage 5: *'procedure te volgen bij schade'*: handleiding bij schadeaangifte.

11. Datum van inwerkingtreding

Deze omzendbrief geldt vanaf de datum van goedkeuring voor de entiteiten, raden en instellingen die op deze datum reeds in werking zijn getreden en op de datum dat de entiteit, raad of instelling in werking treedt, voor de entiteiten, raden en instellingen die na deze datum in werking treden.

Geert Bourgeois
Vlaams minister van Bestuurszaken, Buitenlands Beleid, Media en Toerisme

ANTWOORDFORMULIER

Ondergetekende,

naam :

voornaam :

e-mail adres :

personeelsnr. :

departement / kabinet / VOI * :

* schrappen wat niet past

verklaart kennis te hebben genomen van de voorwaarden van de Collectieve

Hospitalisatieverzekering van de Vlaamse Gemeenschap.

Vanaf 1 oktober 2005 wens ik (gelieve aan te kruisen wat van toepassing is) :

voor mezelf en mijn reeds (en eventueel toekomstig) verzekerde gezinsleden de aanvullende waarborg "supplementen éénpersoonskamer" te onderschrijven;

mijn gezinsleden niet langer via de Collectieve Hospitalisatieverzekering van de Vlaamse Gemeenschap te verzekeren;

mijn gezinsleden mee te verzekeren en ik vul hiervoor het document "Aansluitingsaanvraag gezinsleden" in en stuur dit samen met dit antwoordformulier naar Fortis AG.

Gedaan te _____, op ____ / ____ / 2005

Handtekening (gepensioneerd) personeelslid

Dit document dient vòòr 31 december 2005 teruggestuurd te worden naar :

Fortis AG – Departement Health Care
Collectieve Hospitalisatieverzekering Vlaamse Gemeenschap
Emile Jacqmainlaan 53
1000 BRUSSEL

BELANGRIJKE OPMERKING : wanneer geen van de mogelijke keuzes van toepassing is, blijft U (samen met uw eventueel reeds verzekerde gezinsleden) aangesloten in het basisplan. In dat geval hoeft U dit document **NIET** terug te sturen !

■ Procedure voor het indienen van medische kosten en/of andere documenten

Om uw zending te kunnen identificeren en er het gepaste gevolg aan te geven, verzoeken wij u de hieronder beschreven werkwijze steeds na te leven.

U mag gerust alle stukken verzamelen en ze ons in één enkele zending overmaken.
Een volledig en overzichtelijk dossier draagt bij tot een vlotte afhandeling.

Documenten tot uw beschikking bij uw werkgever en op onze Website op het volgende adres : <http://www.employeebenefits.be.fortis.com/employer>

- "Schademelding"
- "Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten"

■ Indien u een nieuw schadedossier wil indienen samen met medische kosten :

Stap 1 : Vul het document <<Schademelding>> zorgvuldig in (recto-verso)

Stap 2 : Vul het luik 1 "Identificatie" van het document <<Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten>> in.

Stap 3 : Vul de luiken 2 en 3 van het document <<Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten>> in, op basis van de gerangschikte en genummerde bewijsstukken die slaan op de betreffende persoon en ziekte en die vallen in de gedekte periode.

Deze bewijsstukken zijn de volgende :

- Originele en gedetailleerde hospitalisatiefacturen (+ eventuele bijlagen);
- Factuur voor het vervoer per ziekenwagen (deze factuur eerst indienen bij de mutualiteit);
- Voor de kosten van medicatie :
vraagt u aan uw **apotheker** een "attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering", dit is een nota met vermelding van de naam en voornaam van de patiënt, de naam van de arts, de afleveringsdatum, de gedetailleerde lijst van de producten met benaming en prijs;
- Voor de kosten van ambulante zorgen :
vraagt u aan uw **mutualiteit** een overzicht van alle verstrekkingen die op de betreffende persoon en periode slaan;
- Voor eventuele verstrekkingen die niet op voorgaande overzichten zijn opgenomen :
de facturen en/of ereloonnota's.

Stap 4 : Zend uw dossier naar : **Fortis Insurance Belgium - Health Care**
Kruidtuinlaan, 20
1000 Brussel

■ Indien u bijkomende kosten voor een bestaand dossier wenst in te dienen :

- Vul het luik 1 van de <Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten> in.
- Herhaal de stappen 3 en 4 zoals hierboven beschreven.

■ Voor alle andere briefwisseling :

- Vermeld de referenties Fortis Insurance Belgium van uw dossier (indien gekend).
- Vermeld steeds de gegevens van uw werkgever (benaming en groepsnr).
- Breng een ziekenfondsstrookje aan met toevoeging van uw geboortedatum of vermeld duidelijk uw naam, voornaam en geboortedatum.
- Gebruik het adres vermeld onder stap 4 hierboven.

* mocht u het groepsnummer niet kennen, dan kan u dit aan uw werkgever vragen.

Dank bij voorbaat.

Groepsverzekering (Health Care)

■ Aanvraag tot terugbetaling van medische kosten

Documenten tot uw beschikking bij uw werkgever en op onze Website
op het volgende adres : <http://www.employeebenefits.be.fortis.com/employer>

■ Luik 1 : Identificatie

Werkgever :	Groep nr :
Personneelslid : Naam	Voornaam :
Geboortedatum : / /	Refertes Fortis Insurance Belgium indien gekend : / /
Adres :	
E-mailadres : @	
Bankrekeningnr : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Telefoonnr :

Patiënt : Hier een ziekenfondsstrookje kleven en de geboortedatum toevoegen of hieronder invullen Naam :	Mutualiteitsstrookje
Voornaam :	
Geboortedatum : / /	

■ Luik 2 : Hospitalisatie

Indien de aanvraag één of meerdere hospitalisatiefacturen (+ eventueel ziekenwagen) betreft :
- Hieronder invullen en de originele detailfactu(u)r(en) en eventuele bijlagen toevoegen

Bewijsstuk	Hospitalisatiefacturen				
Nr	Hospitalisatieperiode van	tot	Bedrag ten laste van de patiënt : EUR		
Nr	Hospitalisatieperiode van	tot	Bedrag ten laste van de patiënt : EUR		
Nr	Vervoer met zieken- wagen	Datum / /	Betaald EUR	Mutualiteit EUR	Ten laste EUR

■ Luik 3 : Pre- en posthospitalisatie / ambulante kosten

Indien de aanvraag de terugbetaling van ambulante kosten betreft : Voor de betreffende persoon en ziekte, de bewijsstukken van de kosten die binnen de gedekte periode vallen, nummeren en bijvoegen en onderstaande tabellen invullen.

Bewijsstuk		Apothekerskosten : geneesmiddelen, verbanden, ...			
Nr	Datum	Betaald	Nr	Datum	Betaald
	/ /			/ /	
	/ /			/ /	
	/ /			/ /	
	/ /			/ /	
	/ /			/ /	
Totaal in EUR					

Bewijsstuk		Medische zorgen : consultaties, doktersbezoeken, onderzoeken, kiné, andere ...			
Nr	Datum	Naam zorgenvresterker	Betaald	Mutualiteit	Ten laste
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
Totaal in EUR					

Vul zonodig meerdere formulieren in.
Datum : / /

Gelieve uw dossier te zenden naar : **Fortis Insurance Belgium - Health Care**
Kruidentuinlaan, 20
1000 Brussel

Met dank voor uw medewerking

Handtekening :

Aansluitingsaanvraag gezinsleden / aanvullende waarborg

Collectieve hospitalisatieverzekering Vlaamse Gemeenschap : polis **M123**



Terugsturen aan Fortis Insurance Belgium, Departement Health Care - Hospitalisatie Vlaamse Gemeenschap - Kruidtuinlaan 20, 1000 Brussel
Telefoonnr. Call Center Vlaamse Gemeenschap : 02/664.12.06 / e-mail : Hospitalisatie.Vlaanderen@fortis.com

Gegevens Departement / Vlaamse Openbare Instelling / Vlaams Kabinet* <i>*schrappen wat niet past</i>	Gegevens personeelslid Personeelsnummer : _____
Naam : _____	Betaling per domiciliëring / overschrijving* <i>*schrappen wat niet past</i>

ENKEL DIE GEZINSLEDEN INVULLEN DIE AANGESLOTEN DIENEN TE WORDEN ALS NEVENVERZEKERDE

	Personeelslid	Gezinslid 1	Gezinslid 2	Gezinslid 3	Gezinslid 4	Gezinslid 5
Naam						
Voornaam						
Geslacht						
Geboortedatum						
Burgerlijke staat						
Verwantschap met personeelslid		partner/kind/weduw(e)(naar)	partner/kind/weduw(e)(naar)	partner/kind/weduw(e)(naar)	partner/kind/weduw(e)(naar)	partner/kind/weduw(e)(naar)
Datum verwantschap		_____/_____/____	_____/_____/____	_____/_____/____	_____/_____/____	_____/_____/____

Adres :	straat : _____	huisnr.: _____	busnr.: _____
	postnr.: _____	gemeente : _____	

De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan gebeuren conform de bepalingen van de Belgische privacy-wetgeving.
Fortis Insurance Belgium, verantwoordelijke voor de verwerking, kan de verkregen persoonsgegevens verwerken enkel met het oog op het beheer van de collectieve hospitalisatieverzekering van de Vlaamse Gemeenschap, met inbegrip van het opmaken van statistieken.
U heeft het recht om uw gegevens in te kijken en, indien nodig, te verbeteren.

Ondergetekende verklaart kopie van dit document te bewaren en kennis genomen te hebben van de bepalingen van de collectieve hospitalisatieverzekering van de Vlaamse Gemeenschap.

Gedaan te : _____ de _____

Employee Benefits, Kruidtuinlaan 20, B-1000 Brussel - Tel. +32(0)2 664 82 11 - Fax +32(0)2 664 83 09 - www.fortisinsurance.be

Fortis Insurance Belgium nv, E. Jacquainlaan 53, B-1000 Brussel - RPR Brussel - BTW BE 0404.494.849

Onderneming toegelaten onder codenummer 0079 om de takken 21 'Levensverzekeringen' (KB 4/7/79 - BS 14/7/79), 23 'Levensverzekeringen verbonden met beleggingsfondsen' (KB 30/3/93 - BS 7/5/93), 26 'Kapitalisatieverrichtingen' (Beslissing CBFA 26/4/05 - BS 12/5/05), 27 'Beheer van Collectieve Pensioenfondsen' (KB 11/1/91 - BS 13/2/91) en alle

takken 'Niet-Leven' (takken 1 tot 18) te beoefenen (KB 4/7/79 - BS 14/7/79, KB 29/12/86 - BS 14/1/87, KB 7/12/88 - BS 20/12/88, Beslissing CBFA 31/5/05 - BS 14/6/05)

Gekozen formule* :
<input type="radio"/> Basisformule
<input type="radio"/> Uitgebreide formule

**aankruisen wat past*

Handtekening personeelslid

Samenvatting van de voorwaarden van de

'COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING'

ten behoeve van de PERSONEELSLEDEN en hun NAASTE VERWANTEN

van de

VLAAMSE GEMEENSCHAP

Fortis Insurance Belgium
Departement Health Care
Hospitalisatie Vlaamse Gemeenschap
Kruidtuinlaan 20
1000 BRUSSEL

Telefoonnummer: Call Center Vlaamse Gemeenschap: 02 / 664 12 06
e-mail: Hospitalisatie.Vlaanderen@fortis.com

1. Wie is verzekerd ?

De hoofdverzekerden worden automatisch aangesloten op de datum van de indiensttreding, doch ten vroegste op de aanvangsdatum van de polis.

Alle personeelsleden, behalve deze die zich in de administratieve stand non-activiteit bevinden, van :

- het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap;
- de Vlaamse wetenschappelijke instellingen;
- de Vlaamse openbare instellingen (de Openbare Afvalstoffenmaatschappij, de Vlaamse Milieumaatschappij, de Vlaamse Landmaatschappij, de Vlaamse Huisvestingsmaatschappij, EVA De Scheepvaart, de publiekrechtelijke EVA Waterwegen en Zeekanaal, Vlaams Agentschap voor Internationaal Ondernemen, Toerisme Vlaanderen, het Vlaams Instituut voor de Bevordering van het Wetenschappelijk-Technologisch Onderzoek in de Industrie, het Commissariaat-Generaal voor de bevordering van de Lichamelijke Ontwikkeling, de Sport en de Openluchtrecreatie, de Dienst voor Infra-structuurwerken van het Gesubsidieerd Onderwijs, de administratieve diensten voor het Gemeenschapsonderwijs, de Vlaamse Onderwijsraad, de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding, het Vlaams Instituut voor het zelfstandig ondernemen, Kind en Gezin, het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap, de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen, de GOM Antwerpen, de GOM Limburg, de GOM Oost-Vlaanderen, de GOM Vlaams-Brabant, de GOM West Vlaanderen, het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Geel, het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem, de Vlaamse reguleringsinstantie voor de elektriciteits- en gasmarkt);
- de rechtsoptvolgers van deze entiteiten, zolang zij deel uitmaken van de Vlaamse Gemeenschap en voorzover het gaat om publieke rechtspersonen;
- de tijdens de looptijd van deze polis opgerichte entiteiten die door de Vlaamse Regering worden aangeduid;
- de kabinetten van de Vlaamse ministers;
- de provinciegouverneurs, de arrondissementscommissarissen en de gewestelijke ontvangers;

worden als hoofdverzekerde beschouwd, evenals de gedetacheerden naar de hierboven vernoemde entiteiten en de personeelsleden die in het buitenland werken en verblijven.

2. Wie kan verzekerd worden ?

De nevenverzekerden kunnen facultatief bij de polis aansluiten. Worden als nevenverzekerde beschouwd :

2.1 De gezinsleden, zijnde :

- de echtgenoot of echtgenote;
- de officieel samenwonende partner die geen familiebanden heeft met de hoofdverzekerde;
- de kinderen, van de hoofdverzekerde, van de echtgenoot, van de echtgenote of van de samenwonende partner, welke kinderbijslag genieten;
- de kinderen van de hoofdverzekerde, van de echtgenoot, van de echtgenote of van de samenwonende partner die geen kinderbijslag genieten op voorwaarde dat zij niet gehuwd zijn en onder hetzelfde dak wonen als de hoofdverzekerde, of wegens studieredenen elders verblijven;
- de kinderen van gescheiden of van tafel en bed gescheiden ouders die ten laste zijn van het gescheiden of van het van tafel en bed gescheiden gezinslid op voorwaarde dat de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen of in geval van co-ouderschap.

De aansluiting van de gezinsleden (die nog niet aangesloten waren op 30/09/2005) dient gevraagd te worden via het aansluitingsdocument in bijlage.

2.2 De gepensioneerden :

Bij de pensionering kan de hoofdverzekerde de dekking als nevenverzekerde verderzetten, zowel voor zichzelf als voor zijn reeds aangesloten gezinsleden. De aanvraag hiertoe dient door middel van het document "Aansluitingsaanvraag gepensioneerd personeelslid" schriftelijk te gebeuren en dit vóór het einde van het trimester volgend op de pensionering.

2.3 De weduwen en weduwnaars :

Bij het overlijden van de hoofdverzekerde of gepensioneerde nevenverzekerde kan de dekking verdergezet worden voor zijn reeds aangesloten gezinsleden. De aanvraag hiertoe dient door middel van het document "Aansluitingsaanvraag weduwe / weduwnaar / wees" schriftelijk te gebeuren en dit binnen de maand volgend op de eerstvolgende vervalddag van de polis.

2.4 De op 30/09/2005 bij de - door de Vlaamse Gemeenschap afgesloten - hospitalisatieverzekering aangesloten gepensioneerden, weduwen en weduwnaars :

De gepensioneerden, weduwen en weduwnaars die op 30 september 2005 aangesloten zijn bij de op dat ogenblik door de Vlaamse Gemeenschap afgesloten hospitalisatieverzekering, krijgen de mogelijkheid om zich op eigen kosten bij deze polis aan te sluiten, zonder verdere formaliteiten.

3. Zijn er medische formaliteiten, wachttijden of uitsluitingen van voorafbestaande aandoeningen ?

3.1 De hoofdverzekerden :

Voor de hoofdverzekerden zijn er geen medische formaliteiten, geen wachttijden en worden voorafbestaande aandoeningen niet uitgesloten.

3.2 De nevenverzekerden :

Voor deze categorie van aangeslotenen dient een onderscheid gemaakt te worden tussen een tijdige en een laattijdige aansluiting.

A) We spreken van een tijdige aansluiting wanneer de aansluiting aangevraagd wordt binnen de drie maanden volgend op de dag van recht op aansluiting. De dag van 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 de officiële samenwoning
- voor een kind : de geboortedag

maar ten vroegste op de dag van de aansluiting van de hoofdverzekerde.

Bij een tijdige aansluiting zijn er geen medische formaliteiten, geen wachttijden, worden voorafbestaande aandoeningen niet uitgesloten en vindt de aansluiting plaats op de dag van het recht van aansluiting.

B) We spreken van een laattijdige aansluiting wanneer de aansluiting gevraagd wordt, langer dan drie maanden volgend op de dag van recht op aansluiting.

Laattijdige aansluitingen zijn afhankelijk van de gunstige beoordeling - door de adviserend geneesheer van Fortis AG - van een medische vragenlijst. Bovendien geldt er bij een laattijdige aansluiting een wachttijd van 3 maanden voor ziekte en 12 maanden voor bevallingen. De wachttijden beginnen, voor iedere verzekerde, op de datum van zijn aansluiting.

Er is geen wachttijd voor :

- ongevallen;
- volgende acute infectieziekten : rode hond, mazelen, waterpokken, roodvonk, difteritis, kinkhoest, bof, kinderverlamming, meningitiscerebrospinalis, dysenterie, buik-en paratyfus, vlektyfus, cholera, pokken, malaria, terugkomende koorts, encefalitis, miltvuur en tetanus.



OPMERKING : De kosten met betrekking tot een hospitalisatie die een aanvang neemt tijdens een wachttijd worden niet terugbetaald.

Bij een laattijdige aansluiting gaat de aansluiting in op de eerste van de maand volgend op de medische aanvaarding.

Tot slot zijn bij een laattijdige aansluiting de voorafbestaande aandoeningen steeds uitgesloten.

3.3 Wat indien een kandidaat-nevenverzekerde reeds aangesloten is bij een soortgelijke verzekering ?

Personen die in aanmerking komen voor facultatieve aansluiting, maar die op de aanvangsdatum aangesloten waren bij een soortgelijke verzekering op collectieve of individuele basis kunnen overstappen bij de eerstvolgende vervalddag van de collectieve of individuele polis.

Gebeurt de overstap binnen de drie maand volgend op de eerstvolgende vervalddag, dan zal de aansluiting beschouwd worden als een tijdige aansluiting en zullen de eventuele wachttijden of uitsluitingen uit de vorige polis kwijtgescholden worden.

Gebeurt de aansluiting na de drie maanden volgend op de eerstvolgende vervalddag, dan zal de aansluiting beschouwd worden als een laattijdige aansluiting, met de modaliteiten zoals hierboven beschreven.

4. Wat is verzekerd ?

4.1 De waarborg "hospitalisatie"

Ingeval van een medisch noodzakelijke opname in het ziekenhuis ingevolge een ziekte, een arbeidsongeval, een ongeval in het privé-leven, een zwangerschap of een bevalling worden volgende kosten terugbetaald :

- de kosten voor de opname
- de kosten voor verblijf
- de erelonen
- de kosten voor onderzoeken en behandelingen
- de geneesmiddelen
- het verblijf van één van de ouders bij het gehospitaliseerde kind en verzekerd kind jonger dan 14 jaar
- de verblijfskosten van de donor tot 250 EUR per verzekerde en per schadejaar
- de kosten van palliatieve zorg in het ziekenhuis en de mortuariumkosten samen tot 2.500 EUR per verzekerde
- de medische kosten voor de thuis- en poliklinische bevalling
- de mortuariumkosten vermeld op de ziekenhuisfactuur
- de ziekenhuisopname van één dag
- de vervoerskosten wegens dringende medische redenen
- de kosten voor de kraamhulp tot 500 EUR gedurende maximaal 12 dagen

4.2 De waarborg "pré- en posthospitalisatie"

Deze bijkomende waarborg voorziet in de terugbetaling van de kosten van medisch noodzakelijke, ambulante zorgen die tijdens de twee maanden vóór en de zes maanden na de gedekte hospitalisatie verleend of voorgeschreven zijn door een geneesheer en opgenomen zijn in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, evenals van de door de geneesheer tijdens die periode voorgeschreven geneesmiddelen.

4.3 De waarborg "ernstige ziekten"

In geval van kanker of leukemie bevestigd door een anatomo-pathologisch onderzoek, alsook voor tuberculose, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, aids,

Dit document is slechts een samenvatting zonder juridisch bindende waarde.

virushepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, amyotrofische lateraal sclerose, ziekte van Alzheimer, progressieve spierdystrofie, malaria, ziekte van Pompe en mucoviscidose worden volgende werkelijk voor de behandeling gemaakte kosten van ambulante zorgen terugbetaald :

- alle kosten betreffende de bijzondere zorgen toegediend aan huis
- de kosten voor ontledingen of onderzoeken vereist door de ziekte
- de huurkosten voor allerlei bijzonder materieel
- de voor die ziekte voorgeschreven geneesmiddelen
- de kosten voor vervoer, met een maximum van 124 euro per verzekerde per schadejaar

OPMERKINGEN :

- De waarborg geldt uitsluitend voor de kosten die rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie of met de in 4.3 vermelde "ernstige ziekten".
- Voor geestes- en zenuwziekten die aanleiding geven tot hospitalisatie, wordt de terugbetaling beperkt tot de kosten gemaakt gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van hospitalisatie van vierentwintig maanden, te rekenen vanaf het begin van de eerste hospitalisatie.

5. Hoe wordt de terugbetaling berekend ?

Per verzekerde en per prestatie bedraagt de maximale tussenkomst van de verzekeraar drie maal de wettelijke tussenkomst. Tot deze kosten behoren ook : de verbruikte geregistreerde geneesmiddelen zonder ZIV tussenkomst binnen de waarborg "hospitalisatie".

Nieuwe medische technieken en materialen tijdens de hospitalisatie waarvoor geen tussenkomst is van het ziekenfonds worden terugbetaald aan 100% binnen de waarborg "hospitalisatie". Deze kosten worden terugbetaald met een maximum van 2.500 Euro per verzekerde en per schadejaar.

Medische kosten zonder tussenkomst van het ziekenfonds binnen de waarborg "pré- en post" en "ernstige ziekten" worden terugbetaald aan 100% binnen de respectievelijke waarborg. De tussenkomst is echter beperkt tot 2.500 Euro per verzekerde en per schadejaar.

Tot deze kosten behoren :

- acupunctuur, homeopathie, osteopathie, chiropractie;
- de verbruikte geregistreerde geneesmiddelen zonder ZIV-tussenkomst.

Vervolgens worden van het bedrag van de door de polis gedekte kosten afgetrokken :

- de wettelijke tussenkomst;
- iedere vergoeding in uitvoering van gelijk welke andere verzekering met hetzelfde oogmerk of vanwege gelijk welke kas, fonds, organisme of instelling.

Indien de verzekerde de wettelijke tussenkomst om welke reden ook niet ontvangt of er geen recht op heeft, wordt er nochtans voor de berekening van de gewaarborgde verzekeringsprestaties rekening gehouden met een fictieve tussenkomst gelijk aan de wettelijke tussenkomst zoals bepaald door de Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de medewerkers bij ziekte of ongeval.

Het aldus bekomen bedrag wordt in aanmerking genomen voor de toepassing van de vrijstelling en voor de vaststelling van de tegemoetkoming door Fortis AG.

Bij een ononderbroken hospitalisatie over twee schadejaren, wordt de vrijstelling slechts éénmaal toegepast voor deze hospitalisatie.

De vrijstelling bedraagt, per verzekerde en per schadejaar : 75 EUR.

OPMERKINGEN :

- voor de waarborg "ernstige ziekten" is er geen vrijstelling,
- bij een bevalling wordt er slechts één enkele vrijstelling afgetrokken voor de moeder en het kind, op voorwaarde evenwel dat het gehele gezin sedert minstens 3 maanden verzekerd is door de onderhavige overeenkomst.

Buiten België wordt de waarborg beperkt tot drie maal de wettelijke tussenkomst. Onder wettelijke tussenkomst wordt verstaan elke terugbetaling voorzien door een met het betrokken land gesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid voor de personeelsleden of, bij ontstentenis daarvan, een

Dit document is slechts een samenvatting zonder juridisch bindende waarde.

bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische sociale wetgevingen die van toepassing zijn voor de personeelsleden.

6. Welke kosten zijn uitgesloten ?

A) De kosten die het gevolg zijn van :

- een oorlogsfeit;
- burgerlijke onlusten of oproer, behalve wanneer de verzekerde er niet actief heeft aan deelgenomen;
- de opzettelijke daad van de verzekerde, of van een poging tot zelfmoord van de verzekerde, (er is echter wel dekking indien het een klaarblijkelijk gevolg is van ziekte en in geval van redding van personen of goederen);
- het niet-therapeutisch gebruik van verdovende middelen, toxicomanie, alcoholisme of langdurige en bestendige alcoholintoxicatie

zijn uitgesloten van de waarborg.

B) Bovendien is er eveneens geen terugbetaling voor de kosten gedaan voor :

- de esthetische zorgen en schoonheidsbehandelingen, behalve voor plastische reparatieve heelkunde;
- niet wetenschappelijk beproefde behandelingen;
- de door de wettelijk verplichte verzekering niet gedekte kuurbehandelingen, badadditieven, cosmetische producten;
- de bijstand, de oppas en het onderhoud van de verzekerde;
- kosten van privé-aard (dranken, telefoon,...);
- sterilisatie en fertilisatiebehandelingen;
- de lopende hospitalisatie die begonnen is vóór de aansluitingsdatum;
- behandelingen uitgevoerd vóór de aansluiting van de verzekerde;
- prothesen en implantaten, tandheelkundige zorgen en behandelingen zonder tussenkomst ziekenfonds.

C) Tot slot zijn ook de supplementen en de ereloon-supplementen van de geneesheren uitgesloten in geval de rechthebbende geëist heeft in een éénpersoonskamer te worden opgenomen zonder dat zijn gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen. Deze supplementen en ereloon-supplementen worden echter wel terugbetaald indien de verzekerde de aanvullende premie heeft betaald.

Zie hiervoor ook punt 7 "Hoeveel bedragen de premies? ".

7. Hoeveel bedragen de premies ?

	Basispremie	Aanvullende premie*
A. De hoofdverzekerden = personeelsleden	77,97 EUR <i>(betaald door werkgever)</i>	151,51 EUR
B. De nevenverzekerden :		
Volwassenen tot 65 jaar	77,97 EUR	151,51 EUR
Kinderen jonger dan 25 jaar	25,99 EUR	50,50 EUR
De kinderen vanaf 25 jaar	77,97 EUR	151,51 EUR
Volwassenen vanaf 65 jaar tot 70 jaar	233,91 EUR	454,53 EUR
Volwassenen vanaf 70 jaar	311,88 EUR	606,04 EUR

** De aanvullende premie dient betaald te worden indien de verzekerde eveneens terugbetaling wenst te bekomen voor de supplementen en ereloon-supplementen wanneer hij/zij zelf heeft gevraagd om opgenomen te worden in een éénpersoonskamer.*

Voor de hoofdverzekerden wordt de basispremie betaald door de Vlaamse Gemeenschap. De aanvullende premie is ten laste van het personeelslid zelf.

De premie voor de nevenverzekerden is ten laste van de personeelsleden.

OPMERKINGEN :

- Hogervermelde premies zijn bruto-premies, dus inclusief alle taksen en lasten.
- Indien voor één lid van het gezin de aanvulling wordt gevraagd, dient deze gevraagd te worden voor alle aangesloten leden van het gezin.

8. Persoonlijke verderzetting.

Wanneer de hoofdverzekerde de dekking van deze polis niet langer geniet wegens de stopzetting van zijn functie bij de verzekeringsnemer kan hij, indien hij minstens drie jaar bij een door de Vlaamse Gemeenschap afgesloten hospitalisatiepolis aangesloten was, de dekking persoonlijk in stand houden. Deze regeling is van toepassing voor zover de aanvraag om behoud van dekking ten laatste twee maand na de stopzetting van de functie wordt ingediend en er geen onderbreking van dekking is.

Relaas van de feiten :

Werd er proces-verbaal opgemaakt ? Ja Neen Zo Ja, Politie van :
op Nr. P.V. :

Wie is aansprakelijk voor het ongeval ? (naam en adres van de aansprakelijke) :

Was de verzekerde op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever, of op de weg van of naar het werk ? Ja Neen

Zo JA : wie is de werkgever ? (naam en adres) :

Bij welke maatschappij is hij voor de arbeidsongevallen verzekerd ?

Welke zijn de opgelopen letsels ?

Hospitalisatieperiode :

Naam en adres van de verpleeginstelling :

De ondergetekende bevestigt dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Hij gaat akkoord dat Fortis Insurance Belgium bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, kan verwerken met het oog op het beheer van de collectieve hospitalisatie verzekering van de Vlaamse Gemeenschap in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken. De betrokken persoon heeft het recht om zijn gegevens in te kijken en, in voorkomend geval, te verbeteren. De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang ertoe is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken. Fortis Insurance Belgium zal deze gegevens niet meedelen aan derden.

Ondergetekende gaat evenwel akkoord dat Fortis Insurance Belgium deze gegevens meedeelt voor zover hiertoe in haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

Opgemaakt te, op

Handtekening van de aangeslotene