

INFORMATIE HOSPITALISATIEVERZEKERING

JULI 2009

Het is de bedoeling om in deze brochure zo volledig mogelijk te zijn. Ingeval van discussie blijven de bepalingen van het contract voorrang hebben.

1. DE VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ

De collectieve polis "HOSPITALISATIEVERZEKERING" is afgesloten met de verzekeringsmaatschappij: AXA BELGIUM
Het beheer van de aansluitingen en de schade wordt uitgevoerd door de firma VANBREDA Risk & Benefits nv

Wijzigingen betreffende de aangesloten personen kan U melden op volgende wijze :

- Voor werknemers die nog in dienst zijn van het bedrijf : wijzigingen doorgeven aan ARINSO door gebruik te maken van de documenten die daarvoor ter beschikking gesteld worden.
- Voor ex-werknemers die nog aangesloten zijn : wijzigingen door geven aan de dienst aansluitingen van Vanbreda :
- Op deze dienst kan U eveneens terecht voor informatie in verband met de betaling of het bedrag van de premie nadat U het bedrijf verlaten heeft.

Voor contactnames met VANBREDA ivm het aanmelden van hospitalisaties, vragen in verband met de afhandeling van schadedossiers of, voor ex-werknemers in verband met de aansluitingsgegevens en premies, werd er een speciaal telefoonnummer in gebruik genomen voor Ford : **03 217 69 45**. Vanop dit nummer zal U doorverbonden met de personen die U met kennis van zaken kunnen helpen.

2. WELKE KOSTEN WORDEN TERUGBETAALD DOOR DE VERZEKERING ?

Deze hospitalisatieverzekering voorziet in een tussenkomst, na aftrek van de terugbetaling door het ziekenfonds, de arbeidsongevallenverzekering, het fonds voor beroepsziekten of iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling, van de **medische kosten** ten gevolge van:

- a) hospitalisatie
- b) behandeling 2 maand vóór de opname en 6 maanden na hospitalisatie
- c) zware ziekten
- d) thuisbevallingen met een maximum van 620 euro per bevalling, **pré- en posthospitalisatiekosten inbegrepen**.

Als de verzekerde om welke reden ook geen tussenkomst ontvangt of geen recht heeft op de wettelijke tussenkomst zal bij de bepaling van de terugbetaling rekenig gehouden worden met het theoretisch bedrag van de wettelijke tussenkomst.

Maximum terugbetaling

Er is geen plafond voor de terugbetaling bovenop de tussenkomst van de ziekenkas of de arbeidsongevallenverzekering ingeval hospitalisatie in België, behalve voor de opnames in erkende hospitalen in Brussel (postcodes 1000 tot en met 1980) waar een beperking van 2 maal de **wettelijke tussenkomst** geldt voor alle honoraria.

Vrijstelling

Indien U bij een hospitalisatie kiest voor een éénpersoons- of privékamer moet U zelf een vrijstelling van 170 € betalen. Deze vrijstelling wordt maximum één keer per verzekeringsjaar en per verzekerd persoon aangerekend.

De vrijstelling zal slechts éénmaal worden aangerekend voor de volgende situaties :

- voor verschillende verzekerden van éénzelfde gezin betrokken in éénzelfde ongeval;
- voor de kosten van de bevalling voor moeder en kind, op voorwaarde dat het ganse gezin verzekerd is;
- voor een ononderbroken hospitalisatie gesitueerd in twee verzekeringsjaren.

Er is geen vrijstelling bij een opname in een niet-éénpersoonskamer.

Let op : de keuze voor een éénpersoonskamer of een privékamer is zowel mogelijk bij een daghospitalisatie als bij een opname met overnachting.

Het is mogelijk te kiezen voor een formule zonder vrijstelling. Hiervoor betaalt U een extra maandelijkse premie via afhouding op het loon. Voor de bedragen van deze extra premie : zie de tabel onder nummer 12 van deze brochure.

De keuze moet gebeuren bij het aansluiten aan de verzekering. en is dezelfde voor alle aangeslotenen van het gezin. De keuze kan enkel gewijzigd worden bij een uitbreiding van het aantal aangeslotenen binnen het gezin of op de leeftijd van 65 jaar.

Een verzekeringsjaar loopt van 1 juli tot 30 juni.

Behandeling in het buitenland

Voor hospitalisaties die plaatsvinden in het buitenland is er een beperking van de terugbetalingen tot 3 maal de wettelijke tussenkomst. Indien er geen wettelijke tussenkomst is wordt de terugbetaling beperkt tot 50% van de gedekte kosten.

Algemeen wordt de tussenkomst van de verzekering voor opnames die plaatsvinden in het buitenland beperkt tot 12.400 euro per verzekeringsjaar en per verzekerde.

Tijdens een (vakantie)verblijf in het buitenland van maximum 3 maanden is een bijstand hospitalisatie voorzien.

Deze verzekering is een aanvulling aan de hospitalisatieverzekering. De aanvullende waarborgen hebben betrekking op bijstand in geval van medische problemen in het buitenland:

- Eerste medische hulp
- Bijstand aan de gezinsleden
- Verlenging van het verblijf in het buitenland
- Transport/repatriëring
- Waarborgen na overlijden in het buitenland

Voor elk van deze waarborgen zijn er specifieke terugbetalingsmodaliteiten.

In deze gevallen neemt U contact met het telefoonnummer van Mondial Assistance op het nummer +32 2 773 62 26. Uitgebreide informatie vindt u op de website: <http://www.bijstandhospitalisatie.be>

De eventuele andere bijstand in het buitenland valt niet onder het toepassingsgebied van deze hospitalisatieverzekering. Zij behoort tot het domein van de reisverzekering.

3. WAT WAARBORGT DE VERZEKERING ?

Er dient te worden benadrukt dat er een vrijheid van keuze is wat betreft hospitaal, geneesheer, chirurg, kamer,... Let op : een keuze voor een éénpersoons- of privékamer is altijd mogelijk mits rekening te houden met de toepassing van de vrijstelling van 170 € (als er gekozen werd voor de formule zonder vrijstelling bedraagt de vrijstelling 0 €).

a) HOSPITALISATIE:

1. De tussenkomst van de verzekering bestaat in de terugbetaling van de tijdens de hospitalisatie van de verzekerde, in een verpleeginrichting gemaakte kosten voor een medisch noodzakelijke behandeling ingevolge een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling

De kosten worden terugbetaald van zodra het hospitaal minstens 1 ligdag factureert.

Er wordt tussengekomen in:

- Erelonen en honoraria, medische zorgen en onderzoeken, geneesmiddelen en parafarmaceutische producten, operatie- en verdovingskosten, materialen bij hechtingen, wegwerpmaterialen bij kijkbuisoperaties enz.
- De kosten voor protheses en orthopedische toestellen en de huur van orthopedisch materieel.
- Bij een gewaarborgde hospitalisatie zullen de kosten waarvoor geen tussenkomst van het ziekenfonds voorzien is, terugbetaald worden aan 100 %, op voorwaarde dat het om medische verantwoorde kosten gaat. Hierin zijn begrepen: homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie, chiropraxie, astronautenvoeding en parafarmaceutische producten.
- kamer: voor de kosten van de kamer is er een maximum tussenkomst van 100 euro per ligdag.
- kosten voor bij-overnachting (rooming-in) van één van de ouders of wettelijk voogd bij een gewaarborgde hospitalisatie van een aangesloten kind, jonger dan 14 jaar (max. 15 euro per dag - onbeperkt aantal dagen).

Bij hospitalisatie voor zenuw- of geestesziekten, andere dan multiple sclerose en ziekte van Parkinson, worden de kosten in verband met de zenuw- of geestesziekte terugbetaald gedurende een al dan niet aaneensluitende hospitalisatieperiode van maximum 2 jaar, te tellen vanaf de eerste dag van de eerste hospitalisatie. De periode van tussenkomst is onbeperkt zolang de opname niet geschiedt in een éénpersoonskamer.

2. 1-DAGSKLINIEK

Een opname in 'One day clinic' (daghospitalisatie) wordt eveneens als een hospitalisatie beschouwd, indien er effectief gebruik gemaakt wordt van de operatiezaal of van de gipskamer, of indien de tussenkomst het voorwerp uitmaakt van een maxi- of miniforfait, het dagziekenhuisforfait 1 tot en met 7 of een forfait chronische pijn 1 tot en met 3.

Let op : bij een 1-dagskliniek in een éénpersoons- of privékamer betaalt u zelf een vrijstelling van 170 €. (als er gekozen werd voor de formule zonder vrijstelling bedraagt de vrijstelling 0 €).

3. DONORSCHAP

Zijn eveneens terugbetaalbaar, de kosten voor het verblijf van de orgaan- of weefseldonor ten bate van een verzekerde die deze dekking geniet en voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is.

4. VRUCHTBAARHEIDSBEHANDELINGEN

De tussenkomst bij medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen (zoals kunstmatige inseminatie, in vitro fertilisatie, ...) is in zijn totaliteit en ongeacht het aantal vruchtbaarheidsbehandelingen beperkt tot 500 euro per aangeslotene. Hersteloperaties met het oog op het ongedaan maken van een sterilisatie blijven echter uitgesloten.

5. ZIEKENWAGENKOSTEN

De kosten voor het medisch noodzakelijk vervoer worden vergoed tot 620 euro per verzekerde en per verzekeringsjaar.

b) BEHANDELING 2 MAAND VÓÓR DE OPNAME EN 6 MAANDEN NA HOSPITALISATIE

De medische noodzakelijke kosten, gemaakt in de periode vanaf 2 maand voorafgaand aan de opname tot 6 maanden na ontslag uit het hospitaal, die rechtstreeks verband houden met de hospitalisatie worden terugbetaald zoals: geneesmiddelen, radiografieën, voor- en nazorg door de huisarts, specialist, verpleegkundige, kinesiste) enz.

Zijn eveneens inbegrepen : de kosten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming voorzien is, worden terugbetaald aan 100 % op voorwaarde dat ze medisch verantwoord zijn, in rechtstreeks verband staan met de hospitalisatie en voorgeschreven zijn door een geneesheer. Hierin zijn onder andere begrepen: homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie, chiropraxie, astronautenvoeding en parafarmaceutische producten

De kosten van prothesen en orthopedische toestellen ontstaan ingevolge de hospitalisatie.

De verblijfkosten voor een medische noodzakelijk verblijf in een herstellingsoord opgelopen binnen de 6 maanden na de hospitalisatie worden eveneens vergoed, doch maximaal ten belope van het bedrag dat volgens Koninklijk Besluit ten laste kan gelegd worden van de verzekerde (= het remgeld).

De huur van orthopedisch materieel wordt terugbetaald tot maximaal 125 € per verzekeringsjaar en per verzekerde.

Deze kosten worden gevoegd bij de kosten gemaakt tijdens de hospitalisatie, zonder aanleiding te geven tot het toepassen van een nieuwe vrijstelling

c) ZWARE ZIEKTEN

Alle medisch noodzakelijke kosten voor verzorging verstrekt of voorgeschreven door een geneesheer die betrekking hebben op een behandeling van de onderstaande zware ziekten zijn verzekerd, ook indien er geen hospitalisatie vereist is.

Deze zware ziekten zijn: kanker, leukemie, tuberculose, multiple sclerose, ziekte van Parkinson, difterie, poliomyelitis, cerebrospinale meningitis, pokken, tyfus, tyfuskoorts en paratyfuskoorts, encefalitis, miltvuur, tetanus, ziekte van Hodgkin, cholera, virale hepatitis, suikerziekte en nieraandoening met dialyse, amyotrofische laterale sclerose, brucellose, mucoviscidose en progressieve spierdystrofie, aids, roodvonk, epilepsie, ziekte van Alzheimer, ziekte van Pompe en ziekte van Crohn.

Bij zware ziekte is de tussenkomst voor ambulatoire zorgen onbeperkt.

Kosten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming voorzien is, zullen terugbetaald worden aan 100 % op voorwaarde dat ze medisch verantwoord zijn, in rechtstreeks verband staan met de ernstige ziekte en voorgeschreven zijn door een geneesheer. Hierin zijn begrepen: homeopathische behandelingen, acupunctuur, osteopathie, chiropraxie, astronautenvoeding en parafarmaceutische producten.

Voor de huur van het orthopedische materieel; de terugbetaling is beperkt tot 125 EUR per verzekeringsjaar en per verzekerde;

De tussenkomst voor het medisch noodzakelijk vervoer per ziekenwagen is beperkt tot 620 euro.

4. WAT WAARBORGT DE VERZEKERING NIET ?

- Een opname in een instelling voor loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen, in rustoorden of ziekenhuizen of in gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben.
- Bij een opname in een éénpersoons- of privékamer is er een vrijstelling ten laste van de verzekerde voor een bedrag van 170 euro per verzekeringsjaar en per verzekerde persoon.
- Onkosten die niet medisch zijn zoals bv. telefoon, extra maaltijden, dranken bij hospitalisatie ...
- Hospitalisatie voor preventieve onderzoeken of behandeling die voortvloeien uit vrijwillig veroorzaakte omstandigheden zoals: een opzettelijke daad van de verzekerde, weddenschappen of uitdagingen dronkenschap of alcoholmisbruik, abusief gebruik van geneesmiddelen, verdovende middelen, zelfmoordpogingen, vrijwillige deelname aan vechtpartijen, deelname aan een misdaad of opzettelijk wanbedrijf ...
- Hospitalisatie of verzorgingen met een louter esthetisch doel, sterilisaties, anticonceptionele behandelingen alsmede hersteloperaties met het oog op het ongedaan maken van een sterilisatie.
- Niet wetenschappelijk beproefde behandelingen die niet verstrekt of voorgeschreven werden door een wettelijk bevoegd geneesheer.

- Niet door de wettelijke verplichte verzekering gedekte kuurbehandelingen.
- Lopende hospitalisaties die begonnen zijn vóór de aansluitingsdatum.
- Behandelingen uitgevoerd vóór de aansluiting van de verzekerde.
- De ziekten en zwangerschappen die ontstaan, en de ongevallen en bevallingen die zich voordoen tijdens een schorsingsperiode van de waarborgen.
- De verzorgingen verstrekt vanaf de schorsingsdatum van de waarborgen, zelfs indien het verzorgingen betreft die reeds vóór deze schorsingsdatum een aanvang namen.
- Hospitalisatie voor louter preventie onderzoeken.
- Ziekten en ongevallen waarvoor een tussenkomst wordt gevraagd binnen de 365 kalenderdagen volgend op de aansluiting zijn niet verzekerd indien wordt aangetoond dat er reeds een behandeling of verzorging geweest is voor de aanvraag. De behandelende geneesheer dient hierover een verklaring af te leggen bij de aangifte. Zij komen terug in aanmerking voor tussenkomst indien wordt aangetoond dat er gedurende minstens 365 dagen na de behandeling waarvoor tussenkomst werd uitgesloten, geen nieuwe behandeling of verzorging werd verstrekt.
- De kosten die betrekking hebben op het kind tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis na de bevalling, tenzij de toestand voor het kind zelf een hospitalisatie vereist.
- Alle gevolgen van niet gedekte opnames zijn eveneens niet gedekt

5. WIE KAN AANSLUITEN ?

a) De werknemer (de hoofdaangeslotene) :

Al de personeelsleden van FORD-WERKE GmbH te Genk en Lommel kunnen op verzoek aangesloten worden.

b) De gezinsleden (de nevenverzekerden) :

Op verzoek van de werknemer en indien hijzelf aansluit kunnen ook de gezinsleden aansluiten.

Onder gezinsleden worden verstaan:

- **Echtgenote (echtgenoot) - levensgezel.**

De echtgenote (echtgenoot) van het personeelslid, aan wie de levensgezel gelijkgesteld wordt, voor zover zijn (haar) aansluiting gebeurt, ofwel overeenkomstig de voorwaarden voorzien in het contract, ofwel binnen de 60 dagen volgend op het huwelijk of volgend op het begin van de samenleving.

Onder levensgezel verstaan we een persoon van hetzelfde of het andere geslacht, bij name aangeduid, die samenwoont met de hoofdaangeslotene en die geen enkele familieband heeft met deze laatste.

In geval van schadegeval kan het bewijs van 'samenwonen in vast verband' gevraagd worden door de maatschappij. Dit bewijs kan geleverd worden door het voorleggen van de identiteitskaart, ofwel door een attest van de samenstelling van het gezin afgeleverd door de gemeente.

- **Kind**

- Het kind ten laste van het personeelslid en/of de Partner dat bij deze laatste(n) woont of, omwille van studieredenen elders verblijft.

Onder kind ten laste van het personeelslid en/of de partner dient verstaan te worden elk wettig, aangenomen of erkend natuurlijk kind, voor hetwelk kinderbijslag (maximum tot 25 jaar) of bijslag voor gehandicapten verschuldigd is. Voor kinderen die na hun 25ste aangesloten kunnen blijven dient bewijs geleverd te worden van het voldoen aan de aansluitingsvoorwaarden.

- Het kind van het personeelslid dat bij de gescheiden of van tafel en bed gescheiden partner woont, op voorwaarde dat het personeelslid tegenover dit kind een onderhoudsverplichting heeft of in regelingen van co-ouderschap, geplaatste kinderen enz.

- Pasgeboren kinderen worden verzekerd vanaf hun geboortedag voor zover de aansluiting gebeurt binnen de 60 dagen na de geboorte en voor zover aan alle andere voorwaarden voldaan wordt.

Indien de werknemer de gezinsleden wenst te verzekeren, is het vereist dat al de hierboven vermelde gezinsleden aansluiten.

Indien de partner of een kind om één of andere reden niet meer aangesloten kan blijven onder de collectieve polis (bvb scheiding - niet meer ten laste,...) is er steeds een individuele verderzetting van de hospitalisatieverzekering mogelijk. Hiervoor kan U contact opnemen met VANBREDA op **03 217 69 45** voor informatie en/of aansluiting. [De aanvraag tot individuele verderzetting kan schriftelijk gebeuren tot een termijn van 105 dagen na het verlies van de aansluiting.](#)

6. WANNEER KAN MEN AANSLUITEN ?

Men kan aansluiten zo lang de werknemer in dienst is. Het ogenblik van aansluiting bepaalt echter of men al of niet een **wachttijd** moet doorlopen. [De wachttijd begint te lopen vanaf de datum van aansluiting van de verzekerde. De kosten gemaakt tijdens deze wachttijd worden niet terugbetaald.](#)

Aansluiting binnen de 2 maanden na de aanwerving, huwelijk, geboorte, officieel samenwonen:

- ongeval: geen wachttijd
- ziekte: geen wachttijd
- bevalling: [geen wachttijd](#)

Aansluiting meer dan 2 maanden na de aanwerving, huwelijk, geboorte, officieel samenwonen:

- ongeval: geen wachttijd
- ziekte: 6 maanden
- bevalling: [6 maanden](#)

[Er worden geen wachttijden toegepast voor de volgende acute infectieziekten : bof, cholera, difterie, hersenvliesontsteking, kinderverlamming, kinkhoest, malaria, mazelen, paratyfus, pokken, recurerende koorts, rode hond, roodvonk, tyfus, vlektyfus en waterpokken.](#)

De verzekering gaat in op de 1ste dag van de maand waarin men aansluit.

Gezinsleden die niet meer ten laste zijn dienen onmiddellijk te worden gemeld, zo niet blijft de premie verschuldigd, terwijl het betrokken gezinslid niet meer verzekerd is. Er worden bijgevolg geen teruggaven gedaan.

Uitzondering:

Werknemers of gerechtigden, die reeds bij een andere maatschappij een verzekering hebben afgesloten en deze wensen op te zeggen:

Deze personen kunnen aansluiten na beëindiging van de opzeggingstermijn. Het aansluitingsformulier dient binnen de normale termijn te worden opgemaakt met vermelding van de effectieve datum van invoegetreeding. Er dient een bewijs bijgevoegd dat de lopende verzekering werd opgezegd. De premie zal pas worden ingehouden vanaf de effectieve datum van invoegetreeding.

Er zijn geen medische formaliteiten vereist d.w.z. men moet geen medisch onderzoek ondergaan alvorens te kunnen aansluiten.

Voor aandoeningen die reeds bestonden voor de aansluiting dient men nochtans rekening te houden met hetgeen werd bepaald in punten 3 en 4.

Een cumul met verzekeringen die enkel forfaitaire dagbedragen waarborgen is toegelaten bv. dagvergoedingen betaald door de ziekenkas bij hospitalisatie.

7. WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING ?

a) *Bij opzegging door één der partijen.*

De collectieve polis tussen Ford en de verzekeringsmaatschappij kan door beide partijen jaarlijks worden opgezegd mits een opzeggingstermijn van 3 maanden. De tussenkomst van de verzekeraar eindigt onmiddellijk voor de lopende ambulante zorgen. Voor de lopende hospitalisatie eindigt de tussenkomst op het einde van die hospitalisatie, maar ten laatste binnen de 180 dagen volgend op de stopzetting van de dekking van het risico.

b) *Bij uitdiensttreding (omwille van andere redenen dan brugpensioen of rustpensioen)*

Indien de werknemer het bedrijf verlaat, eindigt de verzekering voor hem en zijn familieleden. De tussenkomst van de verzekeraar eindigt onmiddellijk voor de lopende ambulante zorgen. Voor de lopende hospitalisatie eindigt de tussenkomst op het einde van die hospitalisatie, maar ten laatste binnen de 180 dagen volgend op de stopzetting van de dekking van het risico.

c) *Bij vrijwillige beëindiging door de werknemer*

Elk personeelslid kan op gelijk welk ogenblik zijn aansluiting vrijwillig beëindigen. Vanaf dat ogenblik is het echter niet meer mogelijk later opnieuw aan te sluiten.

Hij zal echter geen aanspraak kunnen maken op de door de werkgever betaalde premie.

d) *Bij stopzetting van de premiebetaling*

De verzekering eindigt eveneens bij stopzetting van betaling van de premie. Bij langdurige inactiviteit wegens ziekte of arbeidsongeval is inhouding op het loon niet mogelijk. Gedurende deze periode wordt de premie door Ford betaald en ingehouden op het loon zodra dit mogelijk is. De verzekering loopt dus gewoon door.

e) *Bij het verlies van het statuut van nevenverzekerde*

De verzekering eindigt als de aangesloten partners of kinderen niet langer voldoen aan de voorwaarden om aangesloten te blijven (bv. scheiding, einde van de samenwoning, kind niet meer ten laste,...) In dit geval kan betrokkene contact opnemen met VANBREDA op **03 217 69 45** voor informatie en/of aansluiting op een individuele verderzetting. De aanvraag tot individuele verderzetting kan schriftelijk gebeuren tot een termijn van 105 dagen na het verlies van de aansluiting.

8. KAN DE VERZEKERING WORDEN GESCHORST?

Bij *volledige loopbaanonderbreking en/of tijdskrediet* van de hoofdaangeslotene (met uitzondering van loopbaanonderbreking wegens familiale redenen) wordt de verzekering automatisch geschorst. De werknemer kan op zijn kosten de verzekering verderzetten gedurende de duur van de loopbaanonderbreking. Bij het begin of bij de verlenging dient de hoofdaangeslotene hiervoor een verzoek te richten aan de personeelsdienst, die het verzoek zal overmaken aan VANBREDA. Deze laatste zal het verzoek afwikkelen

9. WAT BIJ OPRUSTSTELLING, ONTSLAG BIJ LANGDURIGE ZIEKTE OF OVERLIJDEN?

a) *Opruststelling.*

Bruggepensioneerden kunnen verder verzekerd blijven mits een aanvraag wordt ingediend binnen de 2 maanden na de aanvang van het brugpensioen. De premie voor de bruggepensioneerde zal vanaf dat ogenblik door hem gedragen worden en op jaarbasis betaald worden.

Op het ogenblik van de uitdiensttreding ontvangt men hiervoor een domiciliëringsaanvraag.

Vanaf het bereiken van de leeftijd van 65 j. is een aangepast tarief van toepassing. Op dit ogenblik kan de gepensioneerde ook beslissen om van formule van de vrijstelling te veranderen.

- b) Bij **ontslag** bij langdurige ziekte.
Op het ogenblik van het ontslag kan op verzoek van de werknemer de verzekering verdergezet worden. Hiervoor tekent hij een domiciliëringsopdracht waardoor VANBREDA gerechtigd is de verschuldigde jaarpremie te innen via zijn bankrekening. De premie is volledig ten laste van de ex-werknemer. Bij een aanvraag voor tussenkomst dient er een bewijs bijgevoegd te worden waaruit blijkt dat men niet opnieuw tewerkgesteld is. Wanneer dit bewijs niet kan geleverd worden dan wordt nog tussenkomst verleend voor de lopende hospitalisatie en stopt de verzekering vanaf de volgende vervalddag. Dit bewijs zal niet meer gevraagd worden vanaf het 60ste levensjaar.
- c) Bij **overlijden** van de werknemer in actieve dienst of als gepensioneerde, blijven de overlevende echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner en de ten laste zijnde kinderen verder verzekerd op voorwaarde dat:
- de aanvraag hiervoor gedaan wordt binnen de 2 maanden die volgen op het overlijden,
 - de overlevende echtgeno(o)t(e) niet hertrouwt;
 - de overlevende samenwonende partner niet huwt.

Bij overlijden in actieve dienst ontvangt de overlevende partner hiervoor van de personeelsadministratie een aanvraagformulier tot verderzetting. Wanneer dit aan VANBREDA bezorgd wordt, sturen zij een domiciliëringsaanvraag waardoor zij gerechtigd zijn de verschuldigde jaarpremie te innen via de bankrekening. Wil men verder verzekerd blijven, dan stuurt men binnen de 2 maanden deze aanvraag ingevuld en ondertekend naar VANBREDA.

Bij overlijden van een op rust gestelde is het niet de personeelsdienst, maar de maatschappij die de nodige formaliteiten zal vervullen.

Alle verzekerde gepensioneerden en weduwen of weduvenaars geven de eventuele wijzigingen van de gezinssituatie en het adres rechtstreeks door aan VANBREDA.

- d) Indien de werknemer het bedrijf verlaat onder **andere** omstandigheden, kan er gekozen worden voor een individuele verderzetting. Hiervoor dient de werknemer contact op te nemen met VANBREDA om op eigen kosten in een individuele verderzetting van de hospitalisatieverzekering te voorzien. U betaalt de premies voor deze verderzetting rechtstreeks aan VANBREDA, na ontvangst van een verzoek tot betaling of via een bankdomiciliëring. [Bij de uitdiensttreding is een specifieke informatie voorzien met betrekking tot de mogelijkheden en werkwijzen voor deze individuele verderzetting.](#)

10. WAT MOET U DOEN BIJ EEN HOSPITALISATIE?

Vanaf 1 juli 2008 wordt de dienstverlening verleend door VANBREDA via de MEDI-LINK kaart.

Iedere aangeslotene (werknemer, partner, kinderen) ontvangt een persoonlijk MEDI-LINK kaartje met daarop zijn/haar naam en de nodige referentienummers om opzoeken gemakkelijker te maken.

Stap 1 : U verwittigt VANBREDA !

U weet vooraf dat U gehospitaliseerd wordt :

U brengt ten laatste 14 dagen vóór de opnamedatum VANBREDA (03 217 69 45) op de hoogte van de geplande hospitalisatie. U meldt hierbij de datum en de reden van de opname (diagnose en/of ingreep) en het door U gekozen ziekenhuis. U kan een lijst van de aangesloten ziekenhuizen vinden op www.vanbreda-riskandbenefits.be

- Indien de opname aanvaard wordt (de reden valt binnen de waarborg), krijgt het ziekenhuis bericht dat de factuur rechtstreeks naar VANBREDA mag

gestuurd worden en U ontvangt een bevestigingsbrief op uw thuisadres met bevestiging van de aanvaarding van de rechtstreekse betaling.

- Als de opname niet kan aanvaard worden (omdat de reden bijvoorbeeld niet binnen de waarborgen valt) ontvangt zowel het ziekenhuis als uzelf een bericht dat er voor die opname geen derdebetalersregeling mogelijk is. In dat geval dient U zelf de facturen te betalen.
- Indien er onvoldoende informatie is om uit te maken of de opname kan aanvaard worden, worden er bijkomende inlichtingen gevraagd. Op basis van deze informatie, die ten laatste 7 dagen vóór de opname in het bezit van VANBREDa moet zijn, zal U een definitieve beslissing meegedeeld worden.
- Een dossier dat na de opnamedatum aangemeld wordt kan niet meer genieten van de derdebetalersregeling.

U wordt onverwachts in het ziekenhuis opgenomen :

Sommige opnames zijn natuurlijk niet op voorhand gepland. In dit geval moet U (of een familielid of vriend) zo snel mogelijk VANBREDa verwittigen. Dat kan per brief, per e-mail op medilink@vanbreda.be of telefonisch op het callcenter op 03/217 69 45.

VANBREDa onderzoekt onmiddellijk de gegevens en licht het ziekenhuis in of de derdebetalersregeling van toepassing is of niet.

Stap 2 :

- **Als de derdebetalersregeling van toepassing is zal het ziekenhuis de factuur bezorgen aan VANBREDa die de betaling zal uitvoeren.**
- Als de derdebetalersregeling NIET van toepassing is kan het ziekenhuis een voorschot vragen en zal U de factuur zelf aan het ziekenhuis moeten betalen. U kan alsnog uw hospitalisatiefactuur aan VANBREDa bezorgen indien de niet-aanvaarding niet te wijten was aan reden "niet gedekt door de polis"

Stap 3 : U ontvangt een afrekeningsbrief

Bij gebruik van de derdebetalersregeling zal U nadat VANBREDa het ziekenhuis betaald heeft een gedetailleerde afrekeningsbrief ontvangen, samen met de originele hospitalisatiefactuur. Hierop vindt U een overzicht van de kosten die betaald werden. De kosten die niet binnen de waarborg vallen (vrijstelling (als van toepassing), telefoon,...) betaalt U terug aan VANBREDa aan de hand van het bijgevoegde overschrijvingsformulier.

Stap 4 : De derdebetalers regeling was niet van toepassing of er zijn nog kosten van voor- en/of nazorg van de hospitalisatie

U betaalt zelf de ziekenhuisfactuur en de rekeningen van dokter of apotheker.

U bezorgt de originele volledige ziekenhuisfactuur, kwijtschriften voor de doktersrekeningen van de mutualiteit en de kwijtschriften van de apotheker naar :

VANBREDa Risk & Benefits
HCCL
Postbus 34
2140 Antwerpen

Stap 5 : U ontvangt terugbetaling : VANBREDa onderzoekt welke kosten in aanmerking komen voor terugbetaling en U ontvang binnen de 14 dagen de terugbetaling op uw bankrekening.

Enkele tips :

- **Vermeld bij elke briefwisseling de naam van Ford, en indien gekend ook het refertenummer.**
- **Neem kopies van de originele stukken die U opstuurt**

11. WAT MOET U DOEN BIJ EEN VAN DE GENOEMDE ZWARE ZIEKTEN ?

Stap 1 : U verwittigt VANBREDa!

U stuurt een volledig ingevuld aangifteformulier naar :

VANBREDA Risk & Benefits
 HCCL
 Postbus 34
 2140 Antwerpen

Deze volledige aangifte hoeft U enkel bij de eerste aangifte van de kosten te doen.

Stap 2 : U betaalt zelf de doktersrekeningen en de kosten van de apotheker

Van de doktersrekeningen stuurt u de kwijtschriften van de mutualiteit en voor de geneesmiddelen stuurt U de afzonderlijke kwijtschriften van de apotheker naar het adres zoals in stap 1 opgegeven

Stap 3 : U ontvangt terugbetaling : VANBREDA onderzoekt welke kosten in aanmerking komen voor terugbetaling en U ontvangt binnen de 14 dagen de teurgbetaling op uw bankrekening.

Enkele tips :

- Vermeld bij elke briefwisseling de naam van Ford, en indien gekend ook het refertenummer.
- Neem kopies van de originele stukken die U opstuurt

12. HOEVEEL BEDRAAGT DE PREMIE?

Tarieven van toepassing vanaf 01.07.2009

	Maandelijkse bijdrage			Jaarlijkse bijdrage		
	premie tijdens de arbeidsovereenkomst			premie na de arbeidsovereenkomst tijdens (brug)pensioen		
	met vrijstelling		Bijpremie voor afkoop vrijstelling	met vrijstelling		zonder vrijstelling
	betaald door :	werknemer	Ford	werknemer	(brug)gepensioneerde	(brug)gepensioneerde
Arbeiders						
personeelsleden/partner	2.25	8.15	2.24	123.69	147.73	-
kinderen -21 jaar	5.36	0,00	1.12	64.29	75.74	-
kinderen +21 jaar	10.31	0,00	2.24	123.69	147.73	-
personeelsleden/partner +65 jaar	21.95	8.15	6.01	361.23	433.35	-
Bedienden						
personeelsleden/partner	0.00	10.31	2.24	123.69	147.73	-
kinderen -21 jaar	5.36	0,00	1.12	64.29	75.74	-
kinderen +21 jaar	10.31	0,00	2.24	123.69	147.73	-
Personeelsleden/partner +65 jaar	19.79	10.31	6.01	361.23	433.35	-

Deze bedragen worden niet automatisch geïndexeerd.

De premies kunnen worden aangepast bij wijziging van de tussenkomst van de ziekenkas en eventueel op basis van de schadestatistiek. Elke wijziging zal onderdeel uitmaken van een onderhandeling met de verzekeringsmaatschappij.

De keuze van de formule met of zonder vrijstelling van 170 € (voor éénpersoons- of privekamers) dient u te maken bij het afsluiten van de verzekering (in voege vanaf 1/7/2007).

Vanaf het bereiken van de **leeftijd van 65 j.** is een aangepast tarief van toepassing. Op dit ogenblik kan de gepensioneerde ook beslissen om de formule van vrijstelling te veranderen.

13. HOE WORDT DE PREMIE BETAALD?

De premie die niet door Ford gedragen wordt, wordt betaald door inhouding op het loon. Bij aansluiting wordt U gevraagd een toelating tot inhouding op het loon te ondertekenen.

Voor de betaling van de premie bij de voortgezette verzekering (na pensionering), ontslag na langdurige ziekte of overlijden) zie punt 9 d).

14. ALGEMEEN

Voor verdere vragen van algemene aard kan men ook steeds terecht bij de Personeelsadministratie en bij de dienst Verzekeringen van Ford.

Het is de bedoeling om in deze brochure zo volledig mogelijk te zijn. Ingeval van discussie blijven de bepalingen van het contract voorrang hebben.

JULI 2009