

Verzekeringnemer: OPEL BELGIUM

Polisnummer: 07/6903

Toelichting bij het hospitalisatieplan

Deze versie is geldig vanaf 1/1/2020.

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 tussenkomst van het ziekenfonds. De 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 personeelslid en **hoofdverzekerde automatisch** van deze verzekering:

- **als bediende:**
 - als u een arbeidscontract heeft dat start vóór 24/3/1998;
 - als u een arbeidscontract heeft dat start na 24/3/1998: vanaf het 6^{de} jaar anciënniteit;
- **als arbeider:**
 - als u een arbeidscontract heeft dat start vóór 20/3/1998;
 - als u een arbeidscontract heeft dat start na 20/3/1998: vanaf het 6^{de} jaar anciënniteit;
- **als verzekerde in SWT en als deelnemer aan het alternatief plan:** op voorwaarde dat u Opel Belgium verlaten heeft na 30/6/1995.

U kunt als personeelslid en **hoofdverzekerde facultatief** aansluiten bij deze verzekering:

- **als bediende:**
 - als u een arbeidscontract heeft dat start na 24/3/1998: gedurende de eerste 5 dienstjaren;
- **als arbeider:**
 - als u een arbeidscontract heeft dat start na 20/3/1998: gedurende de eerste 5 dienstjaren;
- **als verzekerde in SWT en als deelnemer aan het alternatief plan:** op voorwaarde dat u Opel Belgium verlaten heeft vóór 30/6/1995;
- wanneer u na 1 jaar uw werkgever verlaat wegens **ziekte of in het kader van een medisch- of invaliditeitsplan;**
- als u als arbeider of bediende een **arbeidscontract** heeft ondertekend met **GMASB;**
- als **gepensioneerde medewerker** op voorwaarde dat u uw voormalige werkgever verlaten heeft onder één van voormelde programma's en al aangesloten was als actieve medewerker.

Bovendien kunnen ook uw gezinsleden aansluiten. De aansluiting van de gezinsleden is facultatief. Zij worden bijverzekerden genoemd.

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

- de echtgeno(o)t(e);
- de officieel samenwonende partner van de hoofdverzekerde zonder familiale banden;
- de kinderen die fiscaal ten laste zijn van het gezin;
- de niet inwonende kinderen waarvoor de hoofdverzekerde verplicht is alimentatiegeld te betalen.

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.

Een pasgeboren kind kan aansluiten bij deze verzekering vanaf de geboortedag op voorwaarde dat:

- de aanvraag voor aansluiting gebeurt binnen de 2 maanden na de geboorte;
- alle andere mogelijke gezinsleden van het gezin aangesloten zijn.

Alle wijzigingen in de samenstelling van uw gezin geeft u door aan uw werkgever. U bent verantwoordelijk voor de opgave van de juiste gegevens.

Bij een periode van schorsing van uw arbeidsovereenkomst kunnen u en uw aangesloten gezinsleden aangesloten blijven bij deze verzekering.

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 (bijverzekerden) 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

Sluit u **automatisch** aan als hoofdverzekerde, dan gebeurt dit op de dag dat u in dienst treedt bij uw werkgever.

Sluit u **facultatief** aan als hoofdverzekerde, dan gebeurt dit vanaf de dag van het recht op aansluiten.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Uw gezinsleden kunnen aansluiten bij deze verzekering vanaf de dag van het 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 officiële aanvang van het samenwonen;
- voor een kind: de geboortedag.

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

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

Hoofdverzekerden en bijverzekerden (gezinsleden) - Tijdige aansluiting

U sluit aan zonder medische formaliteiten en zonder wachttijden.

Eventuele voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Hoofdverzekerden en bijverzekerden (gezinsleden) - Laattijdige aansluiting

Bij een laattijdige aansluiting moet u rekening houden met een algemene wachttijd van 10 maanden. Een wachttijd is een periode die begint te lopen vanaf de datum van aansluiting van de verzekerde. De verzekeraar betaalt de kosten die gemaakt zijn tijdens deze periode niet terug. Enkel voor ongevallen en een beperkt aantal acute infectieziekten bestaat er geen wachttijd.

Bij een laattijdige aansluiting, betaalt de verzekeraar de kosten voor eventuele voorafbestaande aandoening(en) terug op voorwaarde dat de verzekerde tijdens het eerste jaar van aansluiting geen medische behandelingen ondergaan heeft voor de voorafbestaande aandoening(en).

WANNEER EINDIGT DE VERZEKERING?

Hoofdverzekerde

Voor alle hoofdverzekerden stopt de aansluiting:

- wanneer de arbeidsovereenkomst met de werkgever eindigt of verbroken wordt (bij pensionering of SWT kan de aansluiting verdergezet worden bij dit contract);
- bij het overlijden;
- bij het einde van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst.

Daarnaast stopt de aansluiting voor de facultatief aangeslotene ook:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen. De vrijwillige beëindiging moet ten minste 1 maand voor de vervaldag schriftelijk meegedeeld worden;
- bij het niet betalen van de premie.

Bijverzekerden (gezinsleden)

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting:

- als zij de aansluiting vrijwillig beëindigen. De vrijwillige beëindiging moet ten minste 1 maand vóór de vervaldag schriftelijk meegedeeld worden. Later heraanluiten is niet meer mogelijk, behalve wanneer de beëindiging het gevolg was van een aansluiting bij een soortgelijke verzekering;
- wanneer de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de werkgever eindigt of verbroken wordt;
- als zij het statuut van bijverzekerde verliezen. De dekking stopt vanaf de dag waarop zij niet meer aan de definitie van bijverzekerde voldoen (bv. de dag van echtscheiding);

- bij het niet betalen van de premie;
- 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 uw werkgever u schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengen van de mogelijkheid tot individuele voortzetting.

U beschikt over een termijn van dertig dagen om de beheerder 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 de beheerder daarvan schriftelijk of elektronisch op de hoogte brengt.

Deze termijnen beginnen te lopen vanaf de dag dat de werkgever 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.

Bijverzekerden

Voor de bijverzekerde gelden dezelfde termijnen als diegene die hiervoor beschreven staan voor de hoofdverzekerde. Er geldt enkel een andere termijn als de bijverzekerde 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 om de beheerder 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 bijverzekerde het voordeel van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst verliest (bv. de dag van echtscheiding).

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.

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

WELKE KOSTEN WORDEN TERUGBETAALD? HOEVEEL BEDRAAGT DE TUSSENKOMST?

Hoofdwaarborg 'hospitalisatie'

De verzekeraar betaalt de medische kosten terug die u gemaakt hebt tijdens de hospitalisatie voor een **medisch noodzakelijke behandeling** en veroorzaakt door een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling. Deze kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie en opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

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 of forfait chronische pijn 1 t.e.m. 3 of het gebruik van de gipskamer).

Voor de volgende kosten komt de verzekering tussen:

- de kosten voor **verblijf, erelonen van de geneesheer of paramedicus, onderzoeken, en behandelingen**. De terugbetaling bedraagt per prestatie maximum 3 maal de wettelijke tussenkomst. Daarnaast bedraagt de tussenkomst voor de verblijfskosten maximum 112,42 EUR per ligdag;
- de kosten voor **geneesmiddelen**;
- de meerkosten na eventuele tussenkomst van de ziekteverzekering voor **medisch gerechtvaardigd vervoer**. Deze kosten worden met een maximum van 140,53 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar;

- de aangerekende verblijfskosten voor **rooming-in**. Onder rooming-in verstaan we het verblijf van één van de ouders bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind tot 14 jaar. Er is een tussenkomst van maximum 8,43 EUR per dag en daarnaast geldt een maximum van 30 dagen per hospitalisatie;
- de kosten voor **een wiegendoodtest**;
- de kosten voor **thuisbevalling** en **poliklinische bevalling**;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten, brillen** voorgeschreven door een oogarts, **tandheelkundige en orthodontische zorgen en behandelingen**. Voor deze kosten dient de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussen te komen.

De terugbetaling bedraagt per prestatie maximaal 3 maal de wettelijke tussenkomst.

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 geneesheer. Deze medische kosten moeten rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de bijhorende hospitalisatie en opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor prothesen, **orthopedische apparaten, brillen** voorgeschreven door een oogarts, **tandheelkundige en orthodontische zorgen en behandelingen**, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt;
- de kosten voor het huren van **orthopedisch materiaal**. De tussenkomst bedraagt maximum 140,53 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De terugbetaling bedraagt per prestatie maximaal 3 maal de wettelijke tussenkomst.

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.

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag voor de waarborgen hospitalisatie en pre- en posthospitalisatie samen** bedraagt 11.241,58 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Kosten voor ambulante zorgen in geval van 'ernstige ziekten'

In geval van één van volgende aandoeningen:

AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, brucellose, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, hersenvliesontsteking, kanker, kinderverlamming, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, paratyfus, pokken, progressieve spierdystrofie, tetanus, tuberculose, buiktyfus, vasculitis, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe, betaalt de verzekeraar de kosten terug van de ambulante zorgen die werkelijk voor de behandeling zijn gemaakt. Dit betekent alle medische kosten die voorgeschreven of verleend zijn door een geneesheer en die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de volgende medische kosten komt deze verzekering tussen:

- de **erelonen** van de geneesheer of paramedicus;
- **onderzoeken en behandelingen**;
- **geneesmiddelen** voorgeschreven door een geneesheer en aangekocht in de apotheek;
- de kosten voor **prothesen, orthopedische apparaten, brillen** voorgeschreven door een oogarts, **tandheelkundige en orthodontische zorgen en behandelingen**, voor zover de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt;
- de kosten voor het huren van **orthopedisch materiaal**. De tussenkomst bedraagt maximum 140,53 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

De terugbetaling bedraagt per prestatie maximaal 3 maal de wettelijke tussenkomst.

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

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

Het **maximum terugbetaalbaar bedrag** voor de waarborg ambulante zorgen in geval van "ernstige ziekten" bedraagt 11.241,58 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar.

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'.

WELKE KOSTEN WORDEN NIET TERUGBETAALD?

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;
- een allergische aandoening of subjectieve of psychische stoornissen die geen objectieve symptomen vertonen die een nauwkeurige diagnose mogelijk maken;

- een grove schuld tenzij de verzekerde bewijst dat er geen oorzakelijk verband bestaat tussen de grove schuld en de gebeurtenis die aanleiding geeft tot de uitkeringen. Gevallen van grove schuld zijn:
 - weddenschappen, uitdagingen;
 - het feit van zich onder invloed van een verdovende, hallucinerende of andere drug te bevinden;
 - het feit van in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van meer dan 1,5 g/l bloed te verkeren;
- het niet-therapeutische gebruik van verdovende middelen en misbruik van geneesmiddelen, toxicomanie, alcoholisme, en alcoholische intoxicatie.

De kosten gedaan voor:

- esthetische zorgen of behandelingen, tenzij deze het gevolg zijn van een gewaarborgde ziekte of een gewaarborgd ongeval;
- 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);
- vruchtbaarheidsbehandelingen, contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschaps-onderbreking, kunstmatige bevruchting;
- de lopende hospitalisatie die begonnen is vóór de aansluitingsdatum;
- tandprothesen en tandimplantaten, tandheelkundige zorgen en behandelingen zonder nomenclatuurnummer;
- behandelingen uitgevoerd vóór de aansluiting van de verzekerde.

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.

Indien u de wettelijke tussenkomst om welke reden dan ook niet ontvangt of er geen recht op hebt, dan wordt er voor de berekening van de gewaarborgde verzekeringsprestaties rekening gehouden met een theoretische tussenkomst. Deze theoretische tussenkomst is gelijk aan de wettelijke tussenkomst zoals bepaald door de Belgische sociale wetgevingen van toepassing voor de werknemers bij ziekte of ongeval. Dit wil zeggen dat de wettelijke tussenkomst in mindering wordt gebracht, zelfs wanneer u om welke reden dan ook geen recht hebt op de wettelijke tussenkomst.

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?

De **vrijstelling of franchise bedraagt 98,37 EUR** per verzekerde per verzekeringsjaar. Een verzekeringsjaar is de periode die begint op de algemene vervalddag van de verzekering en die twaalf maanden later eindigt.

Bij een opname in een **eenpersoonskamer** bedraagt de vrijstelling 340,12 EUR per verzekeringsjaar. Er is sprake van een opname in een eenpersoonskamer van zodra minstens één ligdag aangerekend wordt in een eenpersoonskamer.

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

WAT IS HET DERDEBETALERSSTEEEM MEDI-LINK?

Het derdebetalerssteeem 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.

Onze HealthCare App biedt u als verzekerde het voordeel dat u al uw kaarten (Medi-Link, AssurPharma, Assi-Link – indien van toepassing in uw contract) zelf kunt activeren en onmiddellijk digitaal bij de hand heeft.

De papieren versie van de kaarten wordt voortaan 4 maanden na aansluiting opgestuurd naar de verzekerden die de App niet hebben geactiveerd.

WAT MET KOSTEN IN HET BUITENLAND?

Deze verzekering is overal ter wereld geldig.

Buiten België is de waarborg voor elke prestatie beperkt tot maximum driemaal de wettelijke tussenkomst of 50% van de kosten als het onmogelijk is de wettelijke tussenkomst te bepalen.

HOEVEEL BEDRAGEN DE PREMIES?

De maandelijkse premie, lasten en taksen inbegrepen, is gelijk aan:

- 7,54 EUR voor een kind jonger dan 21 jaar
- 15,01 EUR voor een volwassene jonger dan 60 jaar
- 15,01 EUR voor een volwassene hoofverzekerde vanaf 60 tot 65 jaar
- 30,65 EUR voor een volwassene facultatief aangesloten hoofverzekerde en een volwassene bijverzekerde (gezinslid) vanaf 60 tot 65 jaar
- 38,54 EUR voor een gepensioneerde werknemer vanaf 65 jaar
- 48,52 EUR voor een volwassene bijverzekerde (gezinslid) vanaf 65 jaar

De werkgever betaalt de premies voor de hoofverzekerden die automatisch aangesloten zijn.

De premies voor de facultatief aangesloten hoofverzekerden en hun gezinsleden worden gedragen door de hoofverzekerde. Deze premies worden door de werkgever ingehouden op de wedde van de hoofverzekerde.

De werkgever betaalt de premies voor de gepensioneerden en de verzekerden in SWT tot en met de maand waarin de gepensioneerde of de verzekerde in SWT 65 jaar wordt.

De premies voor de gezinsleden van de verzekerden in SWT worden gedragen door de verzekerden in SWT en ingehouden van het maandelijks bedrijfstoelag.

De premies voor de gepensioneerden worden maandelijks achteraf via domiciliëring geïnd door de beheerder.

De premies voor weduwen, weduwnaars en wezen van een overleden hoofdverzekerde, worden gedragen door de verzekerden en maandelijks achteraf via domiciliëring geïnd door de beheerder.

Op elke jaarlijkse vervalddag kunnen de bovenvermelde premies geïndexeed worden.

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.