# HOSPITALISATIEPLAN EVONIK ANTWERPEN
## Polissamenvatting

Deze collectieve verzekeringsovereenkomst, door Evonik Antwerpen in het voordeel van haar personeel afgesloten met de verzekeringsmaatschappij Allianz Benelux N.V., door bemiddeling van het verzekeringskantoor Vanbreda Risk & Benefits, heeft als ingangsdatum 01/01/2024.

### Wie geniet deze verzekering?

Alle **werknemers** worden verplicht aangesloten vanaf hun **indiensttreding**.

Men kan ook de **gezinsleden** aansluiten vanaf de dag van het recht op aansluiting, d.i.:

- op hetzelfde moment als de werknemer of
- voor de partner: bij wijziging van de burgerlijke staat (huwelijk, aanvang van de officieel erkende samenwoonst, aanvang van de wettelijke samenwoonst);
- voor de kinderen: vanaf de geboorte.

Onder gezinsleden wordt verstaan:

- de inwonende partner (al dan niet gehuwd);
- de kinderen van de werknemer of diens inwonende partner:
  - tot 25 jaar én zolang ze kinderbijslaggerechtigd zijn;
  - tot 25 jaar en niet meer kinderbijslaggerechtigd, mits zij fiscaal ten laste zijn én enige vorm van dagonderwijs genieten;
  - ouder dan 25 jaar enkel en alleen als ze een gehandicaptentoeslag genieten, fiscaal ten laste zijn én inwonend zijn.

  Kinderen van gescheiden ouders worden als inwonend beschouwd, ongeacht bij welke ouder ze wonen.

Bij aansluiting van het gezin dienen **alle** gezinsleden aan te sluiten. Pasgeborenen worden automatisch aangesloten vanaf de geboorte op voorwaarde dat het ganse gezin reeds aangesloten is.

**Alleen** de partner en/of de kinderen die reeds door een **gelijkaardig hospitalisatieplan** gedekt zijn, kunnen ook op een later tijdstip aansluiten zonder enige wachttijd of medische formaliteit, mits tijdige afgifte van een attest waaruit blijkt dat zij voordien een gelijkaardige verzekering genoten.

De aanvraag voor elke facultatieve aansluiting (gezinsleden) dient te gebeuren **binnen de 2 maanden** volgend op de dag van het recht op aansluiting.

De dekking van de gezinsleden wordt stopgezet zodra zij niet meer aan hogergenoemde voorwaarden voldoen resp. op het ogenblik van de beëindiging van de aansluiting van de werknemer.

Indien gezinsleden bij een ander hospitalisatieplan aansluiten, kan hun dekking bij het plan van Evonik op diezelfde datum worden stopgezet, mits tijdige afgifte van een attest van aansluiting bij het andere plan.

De aansluiting van gezinsleden kan op vraag van de hoofdverzekerde ook worden beëindigd op de jaarlijkse vervaldag (1 januari). Hiervoor dienen zij vóór die vervaldag een schriftelijk verzoek in te dienen bij Verzekeringsadministratie. Latere heraansluiting is dan niet meer mogelijk, tenzij het gezinslid een gelijkaardige polis had afgesloten (zie hiervoor).

Medewerkers die met **pensioen** gaan (incl. SWT), kunnen deze verzekering verderzetten, ook voor de eventueel aangesloten gezinsleden, mits schriftelijke aanvraag uiterlijk de dag van de pensionering. Betrokkenen ontvangen daaromtrent vooraf een brief van Verzekeringsadministratie.

Bij **overlijden** kan de dekking worden verdergezet voor de reeds aangesloten gezinsleden. Die gezinsleden ontvangen daartoe per brief de nodige inlichtingen van Verzekeringsadministratie met vermelding van de termijn binnen dewelke schriftelijk dient te worden gereageerd.
De dekking wordt beëindigd zodra de weduwe of weduwnaar opnieuw huwt of samenwoont in echtelijke gemeenschap.

Onder bepaalde voorwaarden is collectieve verderzetting ook in geval van uitdiensttreding door **medische overmacht** mogelijk. Betrokkenen ontvangen daaromtrent vooraf een brief van Verzekeringsadministratie.

Bij alle andere vormen van uitdiensttreding eindigt de collectieve aansluiting van de werknemer.
De laatste RSZ-datum is dan de laatste aansluitingsdatum.

Iedere verzekerde die het recht op collectieve aansluiting verliest (bijv. bij uitdiensttreding) en op dat moment **minstens 2 jaar ononderbroken** aangesloten is, kan de polis individueel verderzetten aan gelijkaardige dekkingsvoorwaarden (wel aan individueel i.p.v. groepstarief!) ZONDER medische formaliteiten.
Dit recht op individuele verderzetting geldt **niet** in geval van vrijwillige stopzetting van de aansluiting noch in geval van schrapping wegens niet-betaling van de premie.

Bijzondere bepalingen

- Bij ***volledige onderbreking*** van de loopbaan kan de werknemer de aansluiting verderzetten, ook voor zijn gezin. Gedurende deze periode draagt de werknemer zijn premie zelf, net zoals die van zijn gezinsleden.
- Aan ***expats*** resp. werknemers met verlengde dienstreis wordt de mogelijkheid geboden de aansluiting te behouden.
- Verzekerden die gaan behoren tot een andere categorie van aangeslotenen (bijv. leeftijdsgroep gepensioneerden), krijgen de mogelijkheid hun aansluiting stop te zetten vanaf de datum waarop de ***premieverhoging*** ingaat. Zij richten hun schriftelijk verzoek vóór die datum aan Verzekeringsadministratie.
  Latere heraansluiting is dan niet meer mogelijk, tenzij het een facultatief verzekerd gezinslid betrof dat een gelijkaardige polis had afgesloten (zie hiervoor).
- Een ***hoofdverzekerde*** die zijn aansluiting heeft stopgezet, kan zichzelf noch zijn gezinsleden opnieuw aansluiten zelfs als hij/zij in tussentijd elders een gelijkaardige dekking had.
- I.g.v. fraude en/of bij flagrante ***overtreding*** van de verzekeringsvoorwaarden behoudt de firma zich het recht voor facultatieve verzekerden onmiddellijk te schrappen.
- I.g.v. overtreding van de voorwaarden m.b.t. ***Medi-Link*** bestaat ook het risico op een waarborgstop en/of onherroepelijk verlies van het gebruik van de derdebetalers-regeling.

## Zijn er medische formaliteiten?

De aansluiting gebeurt zonder medische vragenlijsten noch onderzoeken.
Bestaande aandoeningen zijn ook verzekerd.

## Wanneer geldt de dekking?

De gedekte risico's zijn ziekte, ongeval, zwangerschap en bevalling. Er is geen wachttijd.

Er zijn **3 hoofdcriteria** voor gedekte schadegevallen:

1. de behandeling moet medisch noodzakelijk zijn;
2. ze moet gedekt zijn door het ziekenfonds;
3. er moet minstens één datum worden vermeld in de rubriek verblijfkosten.
   Dit verblijf moet medisch noodzakelijk zijn. Het is niet vereist dat een ligdag of overnachting wordt aangerekend, dus ook een opname in een zogenaamde one-day-clinic kan gedekt zijn.

In het kader van de dekking voor ambulante kosten wegens zware ziekten is de derde voorwaarde **niet** van toepassing.

Bepaalde thuishospitalisaties worden gelijkgesteld met daghospitalisaties.

## Welke kosten dekt de verzekering?

In het ziekenhuis

- de kosten voor gezondheidszorgen (verblijf, erelonen, geregistreerde medicatie, onderzoeken en behandelingen,...);
- de kosten voor medisch, dringend gerechtvaardigd vervoer en voor noodzakelijke en dringende repatriëring naar België;

- de kosten voor overnachting van één der ouders op dezelfde kamer bij een hospitalisatie van een aangesloten kind jonger dan 12 jaar of een aangesloten mindervalide kind (“rooming-in”);
- de hospitalisatiekosten van een donor - beperkt tot de partner of een bloed- of aanverwant van de aangeslotene - wanneer diens tussenkomst vrijwillig en bewust gebeurt én medisch vereist is voor de behandeling van aangeslotene.

Buiten het ziekenhuis

- de medische kosten die rechtstreeks in verband staan met de reden van hospitalisatie en die werden gemaakt binnen een termijn van 1 maand vóór en 3 maanden ná de hospitalisatie (pré- & postperiode);
- de medische kosten voor ambulante verzorging (d.w.z. zonder opname) voor volgende zware ziekten: kanker, leukemie, suikerziekte, virale hepatitis, tuberculose, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, amyotrofe laterale sclerose, multiple sclerose, progressieve spierdystrofie, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, cerebrospinale meningitis, malaria, vlektyfus, tyfus en paratyfus, encefalitis, tetanus, cholera, nierdialyse, poliomyelitis, difterie, brucellose, pokken, miltvuur, ziekte van Pompe, ziekte van Crohn, AIDS.

Opmerkingen:

- de verzekerde heeft vrije keuze van (wettelijk gemachtigde) geneesheer en verpleeginrichting;
- dekking wordt verleend voor zover de behandelingen principieel recht geven op RIZIV-tussenkomst. Voor geneesmiddelen geldt dat ze moeten opgenomen zijn in de nomenclatuur van het RIZIV.

## Welke zijn de maximum waarborgen?

- voor kosten tijdens de hospitalisatie en de pré- & postperiode: **12.400 €** per verzekerde en per verzekeringsjaar (niet van toepassing op de ambulante kosten voor zware ziekten);
- kosten voor vervoer/repatriëring: **620 €** per verzekerde per verzekeringsjaar;
- rooming-in: **12,40 €** per nacht;
- voor psychische, psychiatrische en mentale aandoeningen: maximale opnameperiode van **2 jaar** al dan niet aaneengesloten (mits objectieve symptomen en niet in een gesloten inrichting);
- voor een aantal specifieke kosten zoals deze voor prothesen, orthopedische apparaten, brillen en tandheelkundige behandelingen is de tussenkomst van de verzekeraar beperkt tot **drie maal de wettelijke tussenkomst**. Dezelfde beperking geldt ook voor kosten ten gevolge van opnames buiten België.

Hierbij dient opgemerkt dat de kosten vanzelfsprekend dienen te zijn gemaakt naar aanleiding van een gedekte opname resp. behandeling.

Terugbetaling door de verzekeraar gebeurt steeds na tussenkomst van de wetgeving op de sociale zekerheid, de beroepsziekten en de arbeidsongevallen, evenals van de reeds onderschreven contracten met hetzelfde oogmerk.

## Is er een vrijstelling?

Voor de waarborgen hospitalisatie en pré- en postperiode blijft per kalenderjaar en per verzekerde volgend aandeel van de gedekte kosten ten laste van de verzekerde:

- voor opname in een **meerpersoonskamer**: 125 €;
- voor opname in een **éénpersoonskamer**: 500 €.

Deze vrijstelling wordt slechts **éénmaal** toegepast:

- indien de hospitalisatie en bijhorende pré-en postperiode gespreid is over twee opeenvolgende verzekeringsjaren;
- i.g.v. geboorte voor moeder en kind op voorwaarde dat:
  - géén van beiden langer in het ziekenhuis dient te verblijven wegens verwikkelingen en
  - dat het hele gezin sinds tenminste 3 maanden is aangesloten.

De vrijstelling is niet van toepassing voor de waarborg ambulante kosten voor zware ziekten.

Voor onze medewerkers **in actief dienstverband** is de vrijstelling **tot 125 €** ten laste van de firma.

## Zijn er uitsluitingen?

Zoals in alle verzekeringspolissen, zijn ook hier een aantal zaken uitgesloten van dekking.

Dat geldt o.m. voor de hospitalisaties:

- veroorzaakt door oorlog of oproer;
- " " dronkenschap of intoxicatie door verdovende middelen;
- i.v.m. sterilisatie en fertilisatie uitgezonderd bepaalde medisch geassisteerde voortplantingstechnieken;
- i.v.m. schoonheidsbehandelingen;
- m.b.t. psychische stoornissen zonder objectieve symptomen.

## Wie betaalt de premies?

De premies van de verplicht aangesloten werknemers, incl. de gepensioneerden (ook SWT) die de wettelijke pensioenleeftijd ten vroegste in juli 2013 (bedienden) resp. in oktober 2013 (arbeiders) bereikten, worden gedragen door de werkgever.

De premies van de facultatief aangesloten werknemers en gezinsleden worden gedragen door de werknemers.

De premies voor de overige gepensioneerden, weduwen, weduwnaars en hun gezinsleden worden gedragen door de gewezen werknemer of door betrokkene. De inning verloopt principieel via trimestriële domiciliëring door Vanbreda, wat tot afrondingsverschillen op de hieronder vermelde premies kan leiden.

De **trimestriële premies vanaf 01/07/2026**, lasten en taksen inbegrepen, bedragen:

- voor een volwassene jonger dan 65 jaar : 58,96 €
- voor een kind jonger dan 25 jaar : 29,48 €
- voor een mindervalide kind vanaf 25 jaar : 58,96 €
- voor een volwassene vanaf 65 t.e.m. 69 jaar : 117,94 €
- voor een volwassene vanaf 70 jaar : 176,91 €

Voor de bepaling van de premie wordt de leeftijd van de partner gelijkgesteld met die van de (ex-)werknemer.

De premieverhoging n.a.v. een leeftijdssprong gaat steeds in vanaf het kwartaal volgend op de 65ste resp. 70ste verjaardag van de (gewezen) werknemer.

De hierboven vermelde premies zijn onderhevig aan **jaarlijkse indexatie**.

## Hoe gebeurt de schaderegeling?

Info daarover is terug te vinden in het document “Schadeprocedure”.

**DIT DOCUMENT IS EEN SAMENVATTING VAN DE VERZEKERINGSOVEREENKOMST WELKE HET ENIGE RECHTSGELDIGE DOCUMENT IS.**

**De laatste versie van dit document vind je steeds terug op het *intranet* van Evonik Antwerpen en de website van haar Club Oprustgestelden *www.evanco.be***