

Zoals vermeld tijdens de personeelspresentatie worden in dit document de volgende vragen verwerkt:

- Alle vragen die voor 19 januari 2024 via mail aan UGent@vanbreda.be, met de vermelding van 'Vraag infosessie', gesteld zijn.
- Alle vragen die tijdens het plenaire gedeelte van de personeelspresentaties mondeling vanuit de zaal gesteld zijn.
- Alle vragen uit de PowerPoint van de personeelspresentatie.
- Alle vragen die tijdens de personeelspresentatie via de chat gesteld zijn.

Dit document is volledig.

FAQ met betrekking tot de polis met (verkort) nr. 2061

DE AANSLUITING, STOPZETTING en AANSLUITINGSVOORWAARDEN

Ik heb nog geen communicatie van Vanbreda gekregen, maar ik ben wel zeker dat ik aangesloten was.

Stuur een mail naar UGent@vanbreda.be of bel naar 0 292 00 83 (werkdagen van 9u tot 16u). U krijgt vervolgens de communicatie alsnog toegestuurd. Vraag zeker na of uw contactgegevens correct zijn.

Wat betekent een tijdige of laattijdige aansluiting?

Dit heeft te maken met de keuze om al dan niet aan te sluiten op het moment waarop het recht om aan te sluiten ontstaat. Om te vermijden dat iemand enkel aansluit op het moment dat er kosten zijn, wil een verzekeraar een bepaalde mate van zekerheid en continuïteit in de aansluitingen en staat de verzekeraar een bepaalde 'bedenktijd' toe bij het ontstaan van het recht van aansluiting. In het geval van de UGent is dit 3 maanden. Bij een aanvraag tot aansluiting binnen deze 3 maanden na het ontstaan van het recht tot aansluiting spreken we van een tijdige aansluiting.

Een laattijdige aansluiting heeft belangrijke gevolgen: een wachttijd van 3 maanden die begint te lopen vanaf de datum van de aansluiting (= periode waarin geen kosten worden terugbetaald, tenzij in specifieke gevallen) en voorafbestaande aandoeningen die niet gewaarborgd zijn.

Ook geldt de volgende nuancering: de wachttijd komt te vervallen en voorafbestaande aandoeningen zijn gewaarborgd indien de verzekerde bij de aanvraag tot aansluiting bij de UGent-hospitalisatieverzekering het bewijs kan leveren dat de verzekerde tot de dag van aansluiting bij de UGent-hospitalisatieverzekering een andere hospitalisatieverzekering had.

Kan ik mij nog aansluiten, en wat moet ik doen?

Tot en met 31 maart 2024 kan iedereen die in aanmerking komt om aan te sluiten en die nog niet aangesloten was, aansluiten met ingangsdatum op 1 januari 2024, en dit op een tijdige manier. Het aansluitingsformulier moet daarvoor uiterlijk 31 maart 2024 door Vanbreda Risk & Benefits ontvangen zijn. Er zijn dan geen wachtperiodes en voorafbestaande aandoeningen zijn verzekerd.

Na 31 maart 2024 en indien u in aanmerking komt om aan te sluiten: zie de FAQ supra 'Wat betekent een tijdige of laattijdige aansluiting?'.

Raadpleeg de procedure en info op het intranet van de UGent om uw aansluiting in orde te brengen.

Ik wens de verzekering te stoppen.

Tot 31 maart 2024 kan iedereen die facultatief aangesloten was, retroactief de hospitalisatieverzekering opzeggen (dus met uitwerking tegen 31 december 2023 (middernacht)). De kennisgeving moet daarvoor uiterlijk 31 maart 2024 door Vanbreda Risk & Benefits ontvangen zijn. Dan dient er geen premie te worden betaald voor 2024.

Na deze datum kan dat nog steeds, doch zal u aangesloten blijven tot het eind van het jaar waarin u opzegt.

Raadpleeg de procedure en info op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Ik wens me aan te sluiten, maar ik heb een lopende hospitalisatieverzekering die pas stopt na 31 maart 2024.

Mits het voorleggen van een attest van deze verzekering, kan u ook na 31 maart 2024 tijdig aansluiten. Dit dient zonder onderbreking te gebeuren (er mag geen periode zijn tussen het stoppen van de lopende hospitalisatieverzekering en de aansluiting bij de hospitalisatieverzekering van de UGent). Geef dus tijdig uw aansluiting door.

Raadpleeg de procedure en info op het intranet van de UGent om uw aansluiting in orde te brengen.

Welke mogelijkheden heb ik bij uitdiensttreding?

Indien u op pensioen gaat, kan u facultatief aangesloten blijven. Dit is een automatisch proces. Indien u dit niet wenst, dient u dit te laten weten aan Vanbreda Risk & Benefits. Raadpleeg de procedure en info op het intranet van de UGent.

Indien u om een andere reden dan pensioen uit dienst gaat, blijft u verzekerd tot en met 31 december van het jaar waarin uw overeenkomst of aanstelling een einde neemt. Nadien bestaat geen mogelijkheid meer om bij de hospitalisatieverzekering van de UGent aangesloten te blijven. U heeft wel recht op een gelijkaardig (maar niet 100% hetzelfde) product ZONDER WACHTTIJD en ZONDER MEDISCHE VRAGENLIJST van de verzekeraar van de hospitalisatieverzekering van de UGent, waarbij voorafbestaande aandoeningen die verzekerd zijn in het kader van de hospitalisatieverzekering van de UGent gedekt blijven in de individuele polis (de zogenaamde individuele verderzetting). Dit geldt als u het recht op aansluiting verliest en minstens 2 jaar aangesloten was bij een hospitalisatieverzekering (maar niet noodzakelijk deze van de UGent). Deze mogelijkheid wordt u gecommuniceerd bij uw uitdiensttreding. Raadpleeg de procedure en info op het intranet van de UGent indien u hier nu al meer over wenst te weten.

Uiteraard staat het iedereen vrij om zelf op de markt een individuele hospitalisatieverzekering af te sluiten. Hou er rekening mee dat op dat moment mogelijks een medische vragenlijst dient ingevuld te worden en/of er mogelijks een wachttijd kan gelden en/of mogelijks voorafbestaande aandoeningen niet zullen verzekerd zijn. Dit is afhankelijk van het product dat en de verzekeraar die u uiteindelijk kiest.

Er werd gezegd dat in geval van aansluiting gezinsleden, ook de overige gezinsleden moeten aansluiten (tenzij attest). Mijn eerste kind is aangesloten. Dit wordt automatisch overgezet, neem

ik aan? Er is een 2de op komst (uitgerekend eind maart), dat zal ik ook aansluiten. Mijn partner is echter niet aangesloten. Hij heeft een hospitalisatieverzekering via zijn eigen werk. Moet ik daarvoor een apart attest bezorgen aan jullie?

Iedereen die op 31 december 2023 aangesloten was, werd automatisch overgezet, en blijft aangesloten. Indien u dit niet wenst, kan u tot 31 maart 2024 retroactief opzeggen, en betaalt u geen premie voor 2024. Zie in dit verband ook de FAQ supra 'Ik wens de verzekering te stoppen.'

Als principe gold in het kader van de vorige verzekering en geldt nog steeds in het kader van de huidige verzekering dat, indien u beslist één verzekerbare gezinslid aan te sluiten, al uw verzekerbare gezinsleden moeten aansluiten. Hierop geldt één uitzondering: het verzekerbare gezinslid dat reeds een vergelijkbare hospitalisatieverzekering heeft, moet niet mee aansluiten.

Voor **alle bestaande gezinsleden** gaan we er van uit dat dit principe gevolgd is. U hoeft dus geen attest van aansluiting bij een andere hospitalisatieverzekering te bezorgen. Voor **alle nieuwe gezinsleden** die onder de aansluitingsvoorwaarden vallen vanaf 1 januari 2024 verwachten we evenzeer dat dit principe gevolgd wordt; voor hen wordt wel een attest van aansluiting bij een andere hospitalisatieverzekering verwacht indien ze niet aansluiten.

En indien u achteraf een andere hospitalisatieverzekering zou afsluiten (bv. via ziekenfonds), worden dan de gekende aandoeningen overgezet?

Het is ongebruikelijk dat tussen 2 verzekeringen van verschillende verzekeraars gekende aandoeningen worden meegenomen.

Daarentegen bestaan er wel uitzonderlijke situaties waarbij een nieuwe hospitalisatieverzekering kan afgesloten worden, en waarbij er geen medische vragenlijst dient ingevuld te worden en de gekende aandoeningen worden meegenomen.

Er bestaat geen regel die in alle gevallen geldt: vraag dit dus voor uw specifieke situatie goed na bij uw contactpersoon voor de nieuwe verzekeraar wanneer u offerte opvraagt.

Is verlies statuut nevenverzekerde (bij huwelijk kind bv.) op de dag van het verlies statuut of einde van dat jaar?

Ook voor nevenverzekerden geldt dat zij verzekerd blijven tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervalddag die volgt op het verlies van hoedanigheid van verzekerbare persoon. De vervalddag is 1 januari.

Vb. een aangesloten kind met recht op kinderbijslag huwt in de zomer van 2024: de aansluiting bij de hospitalisatieverzekering loopt door tot 31/12/2024.

Het verlies van statuut van nevenverzekerde dient door de betrokkene te worden gemeld aan Vanbreda Risk & Benefits.

Raadpleeg de procedure en info op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Mijn vraag is nu wat er gebeurt met verplicht aangesloten personeelsleden (zoals statutair ATP) die veranderen van werk en dus niet tot hun pensioen aan de UGent werken. Hun premie wordt betaald door de UGent, maar wat gebeurt er op het moment dat zij ontslag geven? Kunnen zij dan verzekerd blijven mits het zelf betalen van de premie, of kan dat enkel als ze tot hun pensioendatum aan de UGent werken?

Neen, gelet op de beëindiging van de overeenkomst of de statutaire aanstelling, verliest u de hoedanigheid als hoofdverzekerde. U blijft wel verzekerd tot en met 31 december van het jaar waarin uw overeenkomst of aanstelling een einde neemt. Nadien bestaat geen mogelijkheid meer om bij de hospitalisatieverzekering van de UGent aangesloten te blijven. Zie in dit verband verder de FAQ supra 'Welke mogelijkheden heb ik bij uitdiensttreding?'.

Ik was facultatief aangesloten en ik word ATP-lid van het universitair kader, wat moet ik doen?

Vanbreda Risk & Benefits krijgt via de Directie Personeel en Organisatie van de UGent melding van de start in deze nieuwe functie als ATP-lid van het universitair kader.

Vanaf het moment van de start in de nieuwe functie als ATP-lid van het universitair kader wordt de hospitalisatieverzekering gefinancierd door de UGent. Op het einde van het kwartaal van de start in deze nieuwe functie gebeurt een verrekening met de reeds als facultatief aangeslotene betaalde premie.

Ik verschuif als ATP-lid van het universitair kader naar een functie die facultatief aangesloten kan blijven, wat moet ik doen?

Vanbreda Risk & Benefits krijgt via de Directie Personeel en Organisatie van de UGent melding van uitdiensttreding in deze functie als ATP-lid van het universitair kader. U blijft verzekerd tot het eind van het jaar waarin uw overeenkomst of aanstelling in deze functie een einde neemt.

Indien u nadien aangesloten wenst te blijven, dient u zelf stappen te ondernemen en meer bepaald de aansluiting te vragen aan Vanbreda Risk & Benefits. Raadpleeg de procedure en info op het intranet van de UGent.

DE WAARBORGEN

Is de derdebetalersregeling/Medi-Link van toepassing in elk ziekenhuis?

Medi-Link kan gebruikt worden in bijna elk Belgisch ziekenhuis. De volledige lijst vindt u terug op www.vanbreda-health.be/vrb-custom/uploads/sites/24/2023/11/Ziekenhuizen_Overzicht_Medi-Link_20231101_NL.pdf.

Welke ernstige ziektes zijn er?

De volledige, exhaustieve lijst met ernstige ziektes: AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, brucellose, cholera, collitis ulcerosa, diabetes, difterie, encefalitis, epilepsie, kanker, klierkoorts, leukemie, malaria, meningitis cerebrospinalis, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, myopathie, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, niertransplantatie, paratyfus, paratyfuskoorts, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, virushepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Lyme, ziekte van Parkinson of ziekte van Pompe, schizofrenie, bipolaire stoornis en syndroom van Gilles de la Tourette.

In geval van Ernstige Ziekte - wat als er reeds een dossier lopende was sedert enkele jaren? Volgens de brief die we ontvangen hebben moeten we een recent diagnostisch verlag indienen, echter is de diagnose reeds enkele jaren geleden gesteld en nu is er enkel opvolging bij de specialist zonder nieuwe verslagen. Dus recent is het originele verslag niet meer.

Omwille van GDPR-redenen dient u uw dossier 'ernstige ziekte' bij Vanbreda Risk & Benefits aan te geven via <https://www.vanbreda-health.be/nl/aangifte-ernstige-ziekte/>. Dit kan eveneens door het schadeaangifteformulier toe te zenden via mail aan UGent@vanbreda.be, met vermelding van 'aangifte ernstige ziekte' of post (te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen). Het originele verslag van de diagnose dient hierbij toegevoegd te worden, doch de datum van dit verslag speelt geen rol.

Staat colitis ulcerosa als ernstige ziekte in de polis?

Colitis ulcerosa is opgenomen in de lijst van ernstige ziektes.

Ik heb een ernstige ziekte, dat liep allemaal via de vorige dienstverlener? Loopt dat ook gewoon door?

In het kader van de lopende polis bij Allianz Benelux is eveneens voorzien in een waarborg ernstige ziektes. Zie voor de volledige, exhaustieve lijst van ernstige ziektes opgesomd in deze polis de FAQ supra 'Welke ernstige ziektes zijn er?'.

Voor de verzekerde kosten met een prestatiedatum vanaf 1 januari 2024 geldt dat deze kosten worden geregeld door Vanbreda Risk & Benefits. Omwille van GDPR-redenen kunnen gegevens van het dossier bij de oude dienstverlener niet overgedragen worden naar de nieuwe dienstverlener. U dient hiertoe dus uw dossier, eenmalig, opnieuw aan te maken. U kan dit doen via <https://www.vanbreda-health.be/nl/ernstige-ziekte/>. Dit kan eveneens door het schadeaangifteformulier toe te zenden via mail aan UGent@vanbreda.be, met vermelding van 'aangifte ernstige ziekte' of post (te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen). Het originele verslag van de diagnose dient hierbij toegevoegd te worden, doch de datum van dit verslag speelt geen rol.

Ik zie een tabblad ambulante (wil dit zeggen zonder verblijf) op de Vanbreda Health Care website. Worden ambulante gemaakte kosten ook terugbetaald?

De aangeboden verzekering betreft een hospitalisatieverzekering, en geen ambulante verzekering. ENKEL ambulante kosten die voldoen aan de basisvoorwaarden geldend in het kader van de hospitalisatieverzekering van de UGent kunnen in aanmerking komen voor een eventuele terugbetaling, namelijk:

- Kosten die medisch noodzakelijk zijn;
- In rechtstreeks verband staan met een verzekerde hospitalisatie; en
- In de verzekerde pre- of posthospitalisatieperiode betaald zijn.

De ambulante kosten gemaakt in het kader van een ernstige ziekte dienen niet in verband te staan met een hospitalisatie, en dienen niet gemaakt te zijn in de verzekerde pre- of posthospitalisatieperiode.

Hoe wordt 'medisch noodzakelijk' beschouwd: door voorschrift van huisdokter en/of specialist?

Medisch noodzakelijk wordt inderdaad getoetst door het voorschrift/de doorverwijzing van de huisdokter of specialist.

Mag ik een 1-persoonskamer kiezen?

U hebt de vrije keuze om een 1- of meerpersoonskamer te kiezen, maar er zijn bijkomende voordelen verbonden aan de keuze voor een meerpersoonskamer.

U kan deze voordelen raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Dus in deze overeenkomst zit ook de mogelijkheid van een 1-persoonskamer of moet daarvoor een uitbreidingspakket genomen worden?

De mogelijkheid tot een hospitalisatie in een 1-persoonskamer zit vervat in de aangeboden hospitalisatieverzekering. Er dient geen uitbreidingspakket genomen te worden, en er is ook geen mogelijkheid tot het nemen van een uitbreidingspakket.

Er zijn wel bijkomende voordelen verbonden aan de keuze voor een meerpersoonskamer.

U kan deze voordelen raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Gelden de nadelen van 1-persoonskamer ook wanneer een 1-persoonskamer wegens medische noodzaak toegewezen werd?

Indien u bij de inschrijving in het hospitaal hebt aangegeven dat u een meerpersoonskamer wenst, maar buiten uw wil om (bijvoorbeeld omwille van onbeschikbaarheid van een meerpersoonskamer op de afdeling) toch op een 1-persoonskamer terecht komt, zal het ziekenhuis u geen meerpersoonskamer aanrekenen. U blijft genieten van de voordelen die samenhangen met een keuze voor een meerpersoonskamer.

Het onderscheid naargelang de verzekerde bij een hospitalisatie kiest voor een 1-persoonskamer dan wel voor een meerpersoonskamer kan u raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Plafond 1000 euro: betekent dit dat jullie wel tussen komen indien niet opgenomen in de nomenclatuur tot een bedrag van 1000 euro?

Er wordt inderdaad in de mogelijkheid tot terugbetaling voorzien voor kosten voor geneeskundige verstrekkingen die niet zijn opgenomen in de medische nomenclatuur. Het totaal van deze terugbetalingen bedraagt maximaal 1000 euro per verzekerde.

Tandheelkundige interventies, zijn die gedekt?

Kosten gemaakt in het kader van tandheelkundige interventies zijn niet vervat in de waarborgen, tenzij ze in rechtstreeks verband staan met een hospitalisatie. Indien in rechtstreeks verband met een hospitalisatie gelden uiteraard de verdere voorwaarden en limieten voorzien in de polis.

Is er een tussenkomst voor ambulante tandheelkundige ingrepen?

Kosten gemaakt in het kader van tandheelkundige interventies zijn niet vervat in de waarborgen, tenzij ze in rechtstreeks verband staan met een hospitalisatie. Indien in rechtstreeks verband met een hospitalisatie gelden uiteraard de verdere voorwaarden en limieten voorzien in de polis.

Rooming-in is dus enkel 100% terugbetaald indien het gaat over één van de ernstige ziektes op de exhaustieve lijst?

Neen. Indien voldaan aan de voorwaarden van rooming-in (namelijk de overnachting van één ouder op dezelfde kamer bij een verzekerd, gehospitaliseerd kind, jonger dan 16 jaar), is rooming-in verzekerd onder de algemene waarborg 'hospitalisatie', en niet alleen in het kader van een hospitalisatie omwille van één van de ernstige ziektes vermeld op de exhaustieve lijst.

Is er een vergelijkend overzicht tussen de dekking in 2024 bij Allianz vs de dekking die er was in voorgaande jaren beschikbaar?

- Bij opname in een meerpersoonskamer wordt de prehospitatieperiode verruimd van 1 maand voor hospitalisatie naar 2 maanden voor hospitalisatie. Bij opname in een meerpersoonskamer bedraagt de posthospitatieperiode bij een ongeval nu 12 maanden na de hospitalisatie.
- De tussenkomst van de verzekeraar in de kosten voor medische en paramedische prestaties, waar geen wettelijke tussenkomst voor bestaat, bedraagt in een meerpersoonskamer 75 %.
- Een thuishospitalisatie is verzekerd op voorwaarde dat hiervoor het wettelijk forfait wordt aangerekend.
- De kosten in verband met ambulante oogheelkundige chirurgie uitgevoerd in een wettelijk erkend ambulante oogcentrum zijn verzekerd tot maximum 600 euro/behandeling/oog.
- Kosten voor de geneeskundige verstrekkingen niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn gedekt tot 1.000 euro per verzekerde.
- Kosten voor medisch noodzakelijke sterilisaties worden gedekt; niet-medisch noodzakelijke sterilisaties worden gedekt op basis van de voorwaarden van een meerpersoonskamer, met uitsluiting van ereloon- en kamersupplementen.
- Kosten voor een bilaterale mastectomie ter preventie van borstkanker en de borstreconstructie na een preventieve mastectomie worden vergoed (ten belope van maximaal 1 maal de wettelijke tussenkomst per prestatie).
- Kosten in het kader van de behandeling tegen onvruchtbaarheid "in-vitro bevruchting" of elke andere techniek van artificiële voortplanting worden vergoed ten belope van 1 maal de wettelijke tussenkomst, voor zover aan alle door het RIZIV vereiste voorwaarden tot

terugbetaling voldaan wordt. Kosten in verband met de bewaring van cellen met het oog op voortplanting worden niet terugbetaald.

- De limitatieve lijst met aandoeningen die als ernstige ziekte erkend worden, wordt uitgebreid met de psychische stoornissen schizofrenie, bipolaire stoornis en Gilles de la Tourettesyndroom.

Een operatie cataract in een oogcentrum, wordt dat terugbetaald?

De kosten in verband met ambulante oogheelkundige chirurgie uitgevoerd in een wettelijk erkend ambulant oogcentrum zijn verzekerd tot maximum 600 euro/ behandeling/ oog, pre- en posthospitalisatiekosten inbegrepen, voor zover zij aan de door het RIZIV vereiste notificatievoorwaarden voor terugbetaling voldoen. Cataract is een behandeling die in aanmerking komt voor terugbetaling, rekening houdend met de verdere polisvoorwaarden.

Als gevolg van een fractuur aan een voet, is er levenslang een nood aan orthopedische schoenen, is daarvoor tussenkomst ?

In het algemeen, en niet enkel voor de hospitalisatieverzekering van de UGent, dienen kosten in rechtstreeks verband te staan met een hospitalisatie; EN ofwel tijdens een hospitalisatie te vallen, ofwel tijdens de pre- of postperiode van een hospitalisatie (kosten verbonden aan ernstige ziektes buiten beschouwing gelaten). Er is tussenkomst voor orthopedische schoenen voorzien tijdens deze periodes, maar niet levenslang.

U kan de pre- en postperiodes raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Welke posthospitalisatievoorwaarden gelden voor een opname in een 1-persoonskamer die plaatsvond in december 2023?

De contractuele voorwaarden die van toepassing zijn, zijn die die in voege waren op het moment dat het voorval, of de aanleiding voor het invoeren van het contract, zich voordeed. De begindatum van de ziekenhuisopname bepaalt welke contractuele voorwaarden van toepassing zijn. Indien de begindatum van de ziekenhuisopname valt vóór 1 januari 2024 zijn de post-hospitalisatievoorwaarden geldig van de vorige verzekeraar.

Verder verwijzen we graag naar het document 'Overgangsregeling', dat als bijlage werd toegevoegd bij de communicatiebundel van Vanbreda Risk & Benefits, voor de info naar wie u de posthospitalisatiekosten dient toe te sturen. U kan de 'Overgangsregeling' eveneens raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Ik heb een hospitalisatie gehad in november 2023, wat moet ik doen?

U kan deze info vinden in het document 'Overgangsregeling', dat als bijlage werd toegevoegd bij de communicatiebundel van Vanbreda Risk & Benefits. U kan de 'Overgangsregeling' eveneens raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Ik heb begin december 2023 reeds een hospitalisatie aangegeven bij de vorige dienstverlener voor februari 2024. Wat moet ik doen?

U dient deze aangifte opnieuw aan te geven bij de nieuwe dienstverlener. U kan dit doen via de Vanbreda Health Care app, via de Vanbreda Health Care website, via mail of via telefoon. U kan

bijkomende info voor de aangifte via deze verschillende kanalen raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Wat is het wettelijk kader van thuishospitalisatie?

De definitie van een thuishospitalisatie is duidelijk bepaald in de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (dd. 14 juli 1994) in artikel 2 w) en als volgt geformuleerd: “De situaties waarin de zorg kan toegediend worden in de leefomgeving van de rechthebbende met respect van de van toepassing zijnde regelgeving en van de kwaliteits- en veiligheidscriteria, en die, als deze criteria niet kunnen toegepast worden, moet toegediend worden in het kader van een klassieke hospitalisatie of een daghospitalisatie.”

Indien tijdens deze thuishospitalisatie geneesmiddelen of medische hulpmiddelen moeten gebruikt worden, mogen deze onder bepaalde voorwaarden worden afgeleverd door (ziekenhuis)apothekers (KB dd 22 juni 2023). Hierbij wordt een thuishospitalisatie verder als volgt gedefinieerd: “De situaties zoals bedoeld in het artikel 2, w) van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, waarbij de zorg die in de leefomgeving van de patiënt wordt toegediend kadert in een behandeling die in een verzorgingsinstelling is opgestart.”

De behandelingen die door het RIZIV terugbetaald kunnen worden, blijven op dit moment eerder beperkt (Omzendbrief RIZIV september 2023):

- Intraveneuze antibioticabehandelingen
- Parenterale toedieningen bij antitumorale behandeling
- Geneesmiddelen die vallen onder de actieve bestanddelen

De verwachting is dat in de toekomst meer zal ingezet worden op thuishospitalisaties, en dat het wetgevend kader stelselmatig verder uitgebreid zal worden.

TERUGBETALING

Wat met kosten in verband met een hospitalisatie in het buitenland?

Er is een wereldwijde dekking voorzien (alle waarborgen die in België gelden, zijn ook geldig in het buitenland). Opgelet, in het buitenland kan u geen gebruik maken van de derdebetalersregeling (Medi-Link). Er kan in het buitenland geen gebruik worden gemaakt van AssurPharma (om, bij de aankoop van geneesmiddelen waarvoor een terugbetaling voorzien is in de polis, de BVAC-attesten digitaal te laten bezorgen aan Vanbreda Risk & Benefits).

Raadpleeg de verdere info op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Mag een arts meer ereloon aanrekenen in een 1-persoonskamer en is dat dan voor rekening van de patiënt?

Dit is inderdaad toegelaten, dit zijn de zogenaamde ereloonsupplementen. Een lange tijd waren deze ereloonsupplementen toegelaten in zowel 1- als meerpersoonskamers. In verschillende opeenvolgende beslissingen vanwege de overheid werd de aanrekening van ereloonsupplementen aan banden gelegd. Uiteindelijk is het aanrekenen van ereloonsupplementen enkel nog toegelaten in een 1-persoonskamer.

Deze ereloonsupplementen vallen niet onder de terugbetalingen via de wettelijke tegemoetkomingen (terugbetaald vanuit het RIZIV – de bedragen van deze wettelijke tegemoetkomingen zijn exhaustief bepaald in de zogenaamde medische nomenclatuur) en vallen normaal gezien ten laste van de patiënt.

De hospitalisatieverzekering van de UGent komt hierin echter WEL tussen (tenzij in specifieke gevallen). De hoogte van deze tussenkomst bedraagt maximaal 300 % van de wettelijke tegemoetkoming, voor prestaties waarvoor er een wettelijke tegemoetkoming bestaat (tenzij in specifieke gevallen). Voor de kosten waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming bestaat, verwijzen we graag door naar de Toelichting bij de hospitalisatiepolis (p. 10).

Ik belde gisteren met een collega van u via het opgegeven telefoonnummer, en zij vertelde me dat de polisvoorwaarden voor een bevalling "nog niet duidelijk waren" en had het over een percentage voor de rekening van de patiënt indien ze koos voor een éénpersoonskamer. Maar volgens wat u zegt zijn ook voor een bevalling alle kosten gedekt, met als enige verschil tussen een één- en tweepersoonskamer: de pre- en postperiodes, de franchise van max 250 euro per verzekerde en per verzekeringsjaar, en het voorschieten van de factuur? Begrijp ik dat correct?

Een bevalling in een ziekenhuis valt onder de algemene waarborgen van de hospitalisatieverzekering en de polisvoorwaarden (dekking, ...) zijn ook hierop van toepassing. De opgesomde verschillen (naargelang keuze voor een meerpersoonskamer, dan wel voor een 1-persoonskamer) zijn correct. Bij keuze voor een meerpersoonskamer geldt er verder een vergoedingspercentage van 75 % voor de prestaties (opgenomen in de medische nomenclatuur) waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming bestaan, terwijl dit vergoedingspercentage 50 % bedraagt bij keuze voor een 1-persoonskamer.

Ook een thuisbevalling en een bevalling in een geboortehuis- en centrum vallen onder de algemene waarborgen van de hospitalisatieverzekering. Hierbij gelden de volgende principes:

- verzekerde pre- en postbevallingsperiode: 1 maand vóór de begindatum en 6 maanden na de einddatum van de thuisbevalling, respectievelijk het verblijf omwille van bevalling in een geboortehuis/geboortecentrum;
- geen vrijstelling;
- geen derdebetalersysteem;
- een vergoedingspercentage van 75 % voor de prestaties (opgenomen in de medische nomenclatuur) waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming bestaan.

Zijn er veranderingen op vlak van franchise (vrijstelling) van de verzekerde in geval van opname in een 1-persoonskamer?

Nee. De franchise per verzekerde en per verzekeringsjaar bedraagt 10 % van de verzekerde kosten, met een maximum van 250 euro.

Bij een gelijktijdige hospitalisatie van gezinsleden wordt de franchise slechts 1 maal toegepast.

Bij een ononderbroken periode die loopt over twee verzekeringsjaren wordt de franchise in het nieuwe verzekeringsjaar voor deze hospitalisatie niet opnieuw toegepast. Wordt u in datzelfde jaar nogmaals gehospitaliseerd, zal deze wel aangerekend worden.

De franchise is niet verschuldigd bij opname in een meerpersoonskamer, een thuisbevalling, een bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis, een thuishospitalisatie, ambulante oogheekundige chirurgie en ambulante kosten in geval van een ernstige ziekte.

Zijn er bepaalde ziekenhuizen niet toegelaten?

Alle erkende ziekenhuizen zijn toegelaten (deze zijn bij wet vastgelegd).

Heb ik het goed begrepen dat de kosten voor ambulante zorg bij ernstige ziekte onbeperkt in tijd terugbetaald worden? Zijn onder die ambulante zorg ook de controleconsultaties (die ik nog om de 6 maanden heb) inbegrepen?

Wij gaan ervan uit dat het gaat om een ernstige ziekte zoals limitatief opgesomd in de polis. Zie voor de volledige, exhaustieve lijst van ernstige ziektes opgesomd in deze polis de FAQ supra 'Welke ernstige ziektes zijn er?'.
 Voor zover u aangesloten blijft bij de hospitalisatiepolis van de UGent, zijn de verzekerde kosten van ambulante verzorging bij ernstige ziekte terugbetaalbaar zonder beperking door een pre- en postperiode zoals het geval is bij een hospitalisatie. Alle ingegeven kosten dienen uiteraard medisch noodzakelijk te zijn en in rechtstreeks verband te staan met de ernstige ziekte.

Ongeacht of er een wettelijke tegemoetkoming is, komt deze verzekering tussen in de verzekerde kosten van medische en paramedische prestaties opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Controleconsultaties komen dus in aanmerking voor terugbetaling.

Ik heb zonet de infosessie van het hospitalisatieplan UGent bijgewoond. Als verplicht aangesloten personeelslid is mijn vraag als volgt: Heb ik recht op terugbetaling bij dagopname in het ziekenhuis in het geval van een medisch noodzakelijke ingreep?

Ter verduidelijking van mijn vraag: enige tijd geleden werd een liesbreuk vastgesteld. De operatieve ingreep werd vervolgens uitgevoerd in een chirurgisch dagcentrum. De oude polis heeft deze operatie terugbetaald wat binnen de waarborg werd gedekt.

Het aangehaalde voorbeeld zal eveneens terugbetaald worden binnen de huidige hospitalisatiepolis.

Om in aanmerking te komen voor terugbetaling dient er voor een daghospitalisatie:

- Een medisch noodzakelijke behandeling te zijn;
- Een verblijf of opname, hoe kort ook, aangerekend te zijn op de ziekenhuisfactuur;
- En dient dat verblijf in een erkende verplegingsinstelling gebeurd te zijn.

BEREIKBAARHEID VANBRED A

Een gepensioneerd personeelslid (voorheen al aangesloten via de UGent) dat geen smartphone en geen computer heeft ... Hoe geraakt die aan formulieren om een opname en kosten te melden?

Vanbreda Risk & Benefits is telefonisch bereikbaar op 03 292 00 83 op werkdagen van 9 tot 16 uur. Via deze weg kan u steeds een aangifte van een hospitalisatie doorgeven.

Kosten kunnen via post bezorgd worden via volgend postadres: Vanbreda Risk & Benefits, postbus 34, 2140 Antwerpen.

Kan een verzekerde aangifte doen via de Vanbreda Health Care app en dan later de medische kosten indienen via de Vanbreda Health Care website?

De verzekerde heeft de keuze om aangifte en kosten via de Vanbreda Health Care app, de Vanbreda Health Care website of mail door te geven. Een aangifte kan ook nog via telefoon worden gedaan en kosten kunnen worden ingediend via de post. Deze keuze hoeft niet hetzelfde te zijn voor de aangifte én voor het (nadien) indienen van kosten. Zo kan de verzekerde bijvoorbeeld een aangifte van een hospitalisatie via de Vanbreda Health Care app doen, op een later moment kosten verbonden aan deze hospitalisatie via de Vanbreda Health Care website doorsturen, en nadien andere kosten verbonden aan deze hospitalisatie via mail doorsturen.

U kan de verschillende mogelijkheden om aangifte te doen en kosten in te dienen raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Moet een opname voor een bevalling ook best op voorhand via de Vanbreda Health Care app aangegeven worden of kan dat gewoon kort na de geboorte? Dit in geval van opname in een 1-persoonskamer.

In geval van hospitalisatie in een 1-persoonskamer dient er geen voorafgaande aangifte te gebeuren.

Hoewel het zeer gebruikelijk is dat bevallingen in een 1-persoonskamer doorgaan, geven we voor de volledigheid nog mee dat een verzekerde in het geval van keuze voor een 1-persoonskamer niet geniet van bepaalde voordelen (die samenhangen met de keuze voor een meerpersoonskamer), waaronder de derdebetalersregeling en een langere pre- en postperiode. Het onderscheid naargelang de verzekerde bij een hospitalisatie kiest voor een 1-persoonskamer dan wel voor een meerpersoonskamer kan u raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

Kan ook partner, nevenverzekerde, dezelfde Vanbreda Health Care app downloaden en gebruiken?

De hoofdverzekerde (=verplicht of facultatief aangesloten personeelslid, of facultatief aangesloten gepensioneerd personeelslid) zal als beheerder van het gezin worden aangeduid in de app. Deze persoon zal steeds de gegevens van de gezinsleden kunnen beheren, voor hen aangiftes kunnen doen en kosten kunnen doorsturen.

De nevenverzekerden (=aangesloten gezinsleden) kunnen dezelfde app downloaden en gebruiken. Zij zullen na het inloggen enkel hun eigen persoonlijke gegevens kunnen beheren, enkel voor zichzelf aangiftes kunnen doen en kosten kunnen doorsturen.

Kunnen kosten via GSM met foto van kosten ingediend worden ?

Bij het invoeren van kosten via de Vanbreda Health Care app op uw smartphone zal u gevraagd worden om een of meerdere foto's door te sturen. De foto's kan u maken tijdens het invoeren van uw kosten, of selecteren uit uw fotobibliotheek indien ze reeds gemaakt zijn. Indien u foto's maakt tijdens het invoeren van uw kosten, zal het beeld van de foto geoptimaliseerd worden door de technologie van de app.

Tweetrapsverificatie via sms. Werkt dat ook in het buitenland?

Tweetrapsverificatie via SMS in het kader van de Vanbreda Health Care app werkt ook in het buitenland.

Is via website werken niet gemakkelijker?

We gaan er van uit dat deze vraag de vergelijking impliceert met werken via de app. Dit is een persoonlijke keuze. Er zijn voordelen aan het werken via smartphone / de Vanbreda Health Care app. Zo zal u bijvoorbeeld geen scans van papieren facturen dienen door te sturen indien u een kost wil indienen (maar kunnen werken met een foto, zie hierover de FAQ onmiddellijk hieraan voorafgaand), en zal u de status van verwerking van een aangifte van hospitalisatie of kosten en een detailoverzicht van reeds ingevoerde kosten kunnen raadplegen.

Niet iedere gepensioneerde heeft een smartphone. Hoe kunnen de kinderen volmacht krijgen?

Er is geen volmacht nodig om de administratie van een aangesloten gepensioneerde ouder in orde te brengen of op te volgen via de Vanbreda Health Care app. Wel zal de gepensioneerde een gebruikersaccount op de naam van de gepensioneerde persoon nodig hebben zodat de gegevens van de gepensioneerde persoon aan de hospitalisatiepolis van de UGent kunnen gekoppeld worden.

U kan het gebruikersaccount voor uw ouder aanmaken vanop uw eigen smartphone; let hierbij wel op dat u de gegevens van uw ouder gebruikt.

In de procedure van het aanmaken van een gebruikersaccount zit een veiligheidsstap ingebouwd. In deze stap zal er een brief met een registratiecode per post naar het adres van uw ouder vertrekken. Deze code heeft u nodig om het gebruikersaccount te activeren.

Tweede communicatiebundel van Vanbreda Risk & Benefits en QR-code ontvangen, Vanbreda Health Care app geïnstalleerd maar helaas nog geen registratiecode gekregen. Wat is ongeveer de termijn tussen installatie van de Vanbreda Health Care app en het ontvangen van de registratiecode per post?

De brief met de registratiecode wordt verstuurd de dag nadat u de code hebt aangevraagd. De termijn tussen het versturen en het ontvangen van deze brief hangt af van de postbedeling. Deze termijn kan tussen 2 en 7 werkdagen bedragen.

Mocht u de code alsnog niet ontvangen hebben, kan u via het medisch contactformulier op de Vanbreda Health Care website (<https://www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/>) deze code opnieuw laten versturen. U gebruikt hiervoor bovenstaande URL, en duidt vervolgens 'Een vraag stellen' aan. Vervolgens kiest u 'de Health Care app', en geeft u in het tekstveld aan dat u de code niet ontvangen hebt.

U kan hiertoe ook een mail sturen naar UGent@vanbreda.be of telefoneren op 03 292 00 83 op werkdagen tussen 9 en 16 uur.

Ik krijg geen SMS toegestuurd als ik mij wil registreren op de Vanbreda Health Care app.

Op het scherm waar u deze code dient in te geven, dient u eerst op 'SEND CODE' te klikken onder de balk waar u de code moet ingeven. Klik vervolgens op 'Verify'. U zal dan een SMS met de code toegestuurd krijgen.

Ik wil enkel via post communiceren, kan dat?

U kan Vanbreda Risk & Benefits op verschillende manieren bereiken:

- via de Vanbreda app;
- via de website op www.vanbreda-health.be;
- via mail: UGent@vanbreda.be;
- via post: Vanbreda Risk & Benefits postbus 34 2140 Antwerpen.
- via telefoon: 03 292 00 83 op werkdagen tussen 9 en 16 uur.

De optie om enkel via post te communiceren voor het indienen van kosten is inderdaad voorzien, hoewel het om efficiëntieredenen (bijvoorbeeld voor een snellere terugbetaling) aan te raden is om digitale manieren te gebruiken.

Moet je ingelogd zijn in de Vanbreda Health Care app om kosten in te dienen?

Inderdaad. U dient steeds met uw gebruikersaccount in te loggen. In de app zijn uw gegevens op een digitale manier verbonden met de polis.

Via de Vanbreda Health Care website kan u uw kosten indienen zonder dat u een gebruikersaccount dient te hebben. U kan de info hieromtrent raadplegen op het intranet van de UGent, respectievelijk op de publiek toegankelijke webpagina van de UGent bedoeld voor aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

DE FINANCIERING

Ik vind een andere verzekering die goedkoper is, moet ik aangesloten blijven?

Indien u facultatief aangesloten bent, moet u niet aangesloten blijven.

Het is wel belangrijk om de juiste vergelijking te maken, waarbij u heel goed alle parameters en waarborgen nakijkt (onder andere of er een medische vragenlijst dient te worden ingevuld; wat wordt verzekerd en terugbetaald, of er een bepaald plafond voor deze terugbetaling wordt voorzien; of ereloon- of kamersupplementen worden terugbetaald, alsook of er bepaalde plafonds zijn; welke kosten in de periode voor en na de hospitalisatie worden terugbetaald, alsook hoe lang deze periode is; of er bepaalde wachttijden zijn; welke franchise er is; welke uitsluitingen er zijn). Welke risico's u graag verzekerd hebt, is een heel persoonlijke keuze. De verzekeringsmarkt speelt hierop in met een breed gamma van verschillende hospitalisatieverzekeringsproducten.

Is het mogelijk de premie van een koppel (+70) in twee te betalen?

Er is een gespreide betaling mogelijk, indien het totaal van de betaling, voor alle leden van het gezin samengeteld, meer dan 500 euro bedraagt en dit voor een spreiding over vier (nagenoeg) gelijke betalingen. U dient hiervoor een schriftelijke aanvraag te doen via mail aan UGent@vanbreda.be met vermelding van 'Aanvraag gespreide betaling' in het onderwerp. Wacht evenwel op de ontvangst van het premiebericht om de aanvraag tot gespreide betaling te doen. Vanbreda Risk & Benefits zal verifiëren of u in aanmerking komt, en zo dit het geval is goedkeuring geven voor de gespreide betaling. Deze aanvraag dient te gebeuren vóór de uiterste betaaldatum vermeld op het premiebericht. Wacht bericht af van Vanbreda Risk & Benefits alvorens tot gespreide betaling over te gaan. Uw aanvraag tot gespreide betaling dient u jaarlijks te herhalen bij ontvangst van het dan nieuwe premiebericht vanwege Vanbreda Risk & Benefits.

De premies die in de personeelspresentatie vermeld staan, zijn die voor 1 persoon? En wanneer moeten we deze betalen?

De vermelde premies zijn per verzekerde, per verzekeringsjaar. De betaalverzoeken voor deze premies worden jaarlijks door Vanbreda Risk & Benefits verstuurd in de 2^e helft van de maand januari van het dan begonnen verzekeringsjaar.

VARIA

De verzekerde kan via de Vanbreda Health Care app vragen om de polis te mailen naar het opgegeven e-mail adres. Deze functie werkt niet.

Deze functie is ondertussen geactiveerd. U zal via deze optie steeds de 'Toelichting' toegestuurd krijgen.

De volledige polis is raadpleegbaar voor de personeelsleden op het intranet van de UGent: [Algemene info hospitalisatieverzekering \(sharepoint.com\)](#)

Gepensioneerde personeelsleden kunnen de polis raadplegen op de publieke UGent-website: <https://www.ugent.be/nl/univgent/hospitalisatieverzekering-gepensioneerden>

De polis staat nog niet op de UGent-website.

De polis werd zowel op het intranet van de UGent als op de publiek toegankelijke UGent-website geplaatst. We verwijzen hiervoor naar de URL's vermeld in de onmiddellijk hieraan voorafgaande FAQ.

Als gepensioneerde gaat het bedrag wel x 2. Hoe komt dat? Waarom wordt de duur van de polis niet langer aangehouden?

De UGent dient als openbare instelling de wetgeving inzake overheidsopdrachten toe te passen. Dit houdt in dat de UGent verplicht periodiek een overheidsopdrachtenprocedure voert voor een nieuwe collectieve hospitalisatiepolis en dat de opdracht maximaal voor een duur van 7 jaar loopt.

Het resultaat van de in 2023 gevoerde overheidsopdrachtenprocedure is de nieuwe collectieve hospitalisatiepolis bij Allianz Benelux, in voege sinds 1 januari 2024. De Universiteit Gent heeft beslist om de premiestructuur te herzien: er geldt niet langer een tweevoudig tarief (- 18 jaar vs. + 18 jaar), maar een vijfvoudig tarief op basis van verschillende leeftijdscategorieën (t.e.m. 18 jaar, van 19 jaar t.e.m. 64 jaar, van 65 jaar t.e.m. 69 jaar, van 70 jaar t.e.m. 74 jaar en vanaf 75 jaar). Dit is gebruikelijk en nodig om de hospitalisatieverzekering marktconform te houden. Op die manier komen de premies overeen met de reële risicoblootstelling en wordt beoogd de polis gezond te houden voor alle verzekerden. Wel gelden voor alle verzekerden binnen de polis bij Allianz Benelux dezelfde waarborgen en terugbetalingsvoorwaarden.

Welkombrief 27 december 2023 ontvangen, maar geen nog contract.

Er worden geen individuele contracten opgemaakt. Zowel voor verplichte als facultatieve aangesloten personen geldt de polis die de UGent bij Allianz Benelux heeft afgesloten.

De volledige polis is raadpleegbaar voor de personeelsleden op het intranet van de UGent: [Algemene info hospitalisatieverzekering \(sharepoint.com\)](#)

Gepensioneerde personeelsleden kunnen de polis raadplegen op de publieke UGent-website: <https://www.ugent.be/nl/univgent/hospitalisatieverzekering-gepensioneerden>

Geen fysieke derdebetalerskaart; "wat" tonen bij opname?

Na de aangifte van de hospitalisatie zal u van Vanbreda Risk & Benefits in het geval van opname in een meerpersoonskamer een Medi-Link 010-nummer mogen gebruiken om de derdebetalersregeling

in werking te laten treden. Dit nummer kan via verschillende manieren ter beschikking gesteld worden, en zal samenhangen met de manier waarop u de aangifte gedaan hebt. In de meeste gevallen zal u deze via mail worden bezorgd. Indien uw emailadres niet gekend is bij Vanbreda Risk & Benefits, kan deze ook via post verstuurd worden. Dit nummer (dat steeds start met 010) geeft u bij de inschrijving voor uw hospitalisatie door aan de inschrijfbalie van het ziekenhuis.

Voor hoe lang is deze polis aangegaan?

De maximale duurtijd van het verzekeringscontract tussen de UGent en Allianz Benelux is 7 jaar.

Ik kan niet aanwezig zijn op de infosessies die jullie organiseren omtrent de vernieuwde hospitalisatieverzekering voor UGent. Is het mogelijk dat er evt. opnames achteraf kunnen worden bekeken?

Omwille van GDPR- en confidentialiteitsredenen is dit niet mogelijk.