

Collectieve Beroepsgebonden ziektekostenverzekering Hospitalisatie - 0002061000

Inhoudstafel

Artikel 1: Begrippen

Artikel 2: Voorwerp van de verzekering

Artikel 2.1. Waarborg hospitalisatie

Artikel 2.2. Waarborg ambulante verzorging ernstige ziekten

Artikel 2.3. Waarborg thuisbevalling en bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis

Artikel 3: Berekening van de vergoeding

Artikel 3.1. Basisregel

Artikel 3.2. Vergoedingsregeling voor prestaties waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming bestaat

Artikel 3.3. Vergoedingsregeling voor de andere kosten zoals bedoeld in artikel 2

Artikel 3.4. Toepassing van het eigen risico

Artikel 3.5. Maximale tussenkomst

Artikel 3.6. Aanpassing grensbedragen

Artikel 3.7. Onkosten/facturen in vreemde munt

Artikel 4: Schadegevallen

Artikel 4.1. Voor schadegevallen zonder derdebetalerssysteem

Artikel 4.2. Voor schadegevallen met derdebetalerssysteem voor opnames in een meerpersoonskamer

Artikel 5: Uitsluitingen

Artikel 6: Aansluiting, geen medische formaliteiten, wachttijden en voorafbestaande aandoeningen

Artikel 6.1. Aansluiting

Artikel 6.2. Geen medische formaliteiten

Artikel 6.3. Wachttijden en voorafbestaande aandoeningen

Artikel 6.4. Gratieperiode

Artikel 7: Informatie van de UGent aan de individuele verzekerden en voortzetting

Artikel 7.1. Beëindiging van de overeenkomst of de aanstelling, anders dan door pensionering of overlijden

Artikel 7.2. Pensionering

Artikel 7.3. Overlijden

Artikel 7.4. Verlies van hoedanigheid van verzekerbare persoon als facultatief aangesloten gezinslid

Artikel 8: Begin, duur en einde van de verplichtingen van de verzekeraar

Artikel 9: (Betaling van de) premie

Artikel 10: Verhaal van de verzekeraar

Artikel 11: Territoriale geldigheid

Artikel 12: Prefinanciering

Artikel 13: Bescherming persoonsgegevens (GDPR)

Artikel 14: Klachten en conflicten

Artikel 1 **BEGRIPPEN**

De hieronder gedefinieerde begrippen zullen in het vervolg van deze polisvoorwaarden cursief worden afgedrukt telkens er naar één van deze begrippen wordt verwezen. Dit om de leesbaarheid te vergroten. De begrippen worden hieronder in alfabetische volgorde opgesomd.

1. Acute infectieziekten

In het kader van deze overeenkomst worden als acute infectieziekten beschouwd, de volgende - limitatief omschreven - ziekten: bof, cerebrospinale meningitis, cholera, difterie, dysenterie, kinderverlamming, kinkhoest, mazelen, paludisme, paratyfus, pokken, recurrente koorts, roodvonk, rubeola, tyfus, vlektyfus en waterpokken.

2. Ambulante verzorging

Prestaties verleend buiten de periode van hospitalisatie.

Bij thuisbevalling en bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis betekent ambulante verzorging: *prestaties* verleend buiten de thuisbevalling zelf, respectievelijk buiten de periode van verblijf in het geboortecentrum/geboortehuis omwille van een bevalling.

3. Beheerder

Het beheer van de overeenkomst wordt door Vanbreda Risk & Benefits NV uitgevoerd, Plantin en Moretuslei 297, 2140 Antwerpen - TVA BE 0404 055 676 CBFA 13718 A-R.

4. Bij-overnachting

Een overnachting van één ouder op dezelfde kamer bij een gewaarborgde *hospitalisatie* van een aangesloten kind jonger dan 16 jaar. Het is mogelijk dat de ouder die aldus overnacht bij het aangesloten kind zelf niet is aangesloten bij deze overeenkomst.

5. Derdebetalersysteem

Bij toepassing van het *derdebetalersysteem* in het kader van deze overeenkomst wordt de *ziekenhuisfactuur* rechtstreeks naar de *beheerder* gestuurd en zal de *beheerder* deze factuur rechtstreeks aan de *verplegingsinstelling* betalen. Nadien zal de *beheerder* de eventuele niet-verzekerde kosten recupereren bij de *verzekerde*.

6. Eigen risico

Deel van de verzekerde kosten dat ten laste blijft van de *verzekerde*.

7. Ernstige ziekten

In het kader van deze overeenkomst worden als ernstige ziekten beschouwd, de volgende - limitatief omschreven - ziekten:

AIDS, amyotrofe laterale sclerose, brucellose, cholera, colitis ulcerosa, diabetes, difteritis, encefalitis, epilepsie, kanker, klierkoorts, leukemie, malaria, meningitis cerebrospinalis, miltvuur, mucoviscidose, multipale sclerose, myopathie, nieraandoeningen met dialyse, niertransplantatie, paratyfus, paratyfuskoorts, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, virushepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Lyme, ziekte van Parkinson en ziekte van Pompe, alsook de psychische stoornissen schizofrenie, bipolaire stoornis en Gilles de la Tourette syndroom.

8. Hospitalisatie

a) Een medisch noodzakelijk verblijf in een *verplegingsinstelling* waarvoor ofwel tenminste één ligdag wordt aangerekend ofwel, indien er geen overnachting is, een forfait wordt aangerekend.

b) Een medisch noodzakelijke opname in een *verplegingsinstelling* erkend als “One-day Clinic” en waarvoor een dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7, forfait chronische pijn 1 t/m 3, forfait manipulatie poortkatheter, forfait hemodialyse, forfait oncologische basiszorg, maxiforfait monotherapie, maxiforfait combitherapie, forfait gipskamer, forfait pediatrie mono en/of forfait pediatrie combi wordt aangerekend.

c) Bij opnames ten gevolge van een tandbehandeling is de waarborg ook verworven bij hospitalisaties, zoals vermeld in artikel 1.8.a) en artikel 1.8.b). Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de kosten voor tandprothesen, tandimplantaten, tandkronen en orthodontisch materiaal niet zijn gewaarborgd, tenzij die in rechtstreeks verband staan met de hospitalisatie.

d) Een medisch noodzakelijk(e) verblijf/opname in een *verplegingsinstelling* omwille van een poliklinische bevalling.

e) Een door het RIZIV erkende thuishospitalisatie waarvoor het forfait ‘thuishospitalisatie’ wordt aangerekend met daaraan door het RIZIV gelinkte verstrekkingen.

f) Voor oogheelkundige chirurgie uitgevoerd buiten een erkend algemeen of universitair ziekenhuis komen wij tussen voor zover deze wordt uitgevoerd in een ambulante extramurale omgeving die voldoet aan de architectonische en wettelijke normen van een functie chirurgische daghospitalisatie en aan de door het RIZIV vereiste notificatievoorwaarden voor terugbetaling, en dit tot een maximum van 600€ per interventie en per oog, pre- en posthospitalisatiekosten inbegrepen.

9. Kosten eigen aan een eenpersoonkamer

Kosten vermeld op de *ziekenhuisfactuur* die enkel mogen aangerekend worden wanneer de patiënt om een persoonlijke reden gekozen heeft voor een opname in een eenpersoonkamer. Het betreft de bijkomende kosten en erelonen die niet zouden gefactureerd worden bij opname in een ander kamertype. Wanneer verder in deze overeenkomst de term “opname in een eenpersoonkamer” wordt gebruikt, dan worden enkel bedoeld de opnames, die geheel of gedeeltelijk in een eenpersoonkamer plaatsvinden en waarvoor een eenpersoonkamer wordt gefactureerd. Andere opnames worden “opname in een meerpersoonkamer” genoemd.

10. Ongeval

Iedere aantasting van de fysieke integriteit die veroorzaakt is door een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de *verzekerde*, en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de *verzekerde* ligt.

11. Overeenkomst collectieve beroepsgebonden hospitalisatieverzekering

De overeenkomst wordt gevormd door deze voorwaarden en de eventuele bijvoegsels.

12. Palliatieve verzorging

Het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de *ziekte* niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn, zoals verstrekt door een overkoepelend samenwerkingsverband tussen vertegenwoordigers van eerstelijns hulpverleners, organisaties, instellingen, verenigingen en diensten dat wordt erkend door de bevoegde overheid.

13. Prestaties

In het kader van deze overeenkomst betekent prestaties:

- de medische en paramedische diensten verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Meer bepaald gaat het hier om de daden van raadpleging, onderzoek, behandeling en toezicht;
- *prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden*, opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Bij thuisbevalling en bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis betekent *prestaties* in het kader van deze overeenkomst:

- de medische en paramedische diensten opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Meer bepaald gaat het hier om de daden van raadpleging, onderzoek, behandeling en toezicht;
- *prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden*, opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

14. Prothesen, orthopedische toestellen, synthesemateriaal, geneesmiddelen en verbanden

In het kader van deze overeenkomst betekent:

- prothesen: kunstledematen, toestellen en kunstorganen, bedoeld om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen. Prothesen kunnen uitwendig en dus zichtbaar zijn, maar ook binnen het lichaam worden ingeplant;
- orthopedische toestellen: elk apparaat bedoeld om de functie van aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te ondersteunen of te corrigeren;
- synthesemateriaal: verzamelnaam voor alle synthetisch of lichaamsvreemd materiaal;
- geneesmiddelen en verbanden: producten die voorgeschreven zijn door een arts en die als zodanig zijn geregistreerd door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

15. Verplegingsinstelling

Een in België gevestigde instelling die in overeenstemming met de Belgische wetgeving is erkend als ziekenhuis en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

In het kader van deze overeenkomst worden echter de volgende instellingen niet erkend als *verplegingsinstelling*:

- forensische psychiatrische instellingen en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's);
- medicopedagogische instellingen;
- rustoorden en instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" hebben verkregen.

In het buitenland worden als *verplegingsinstelling* beschouwd: de instellingen waar er 24 uur op 24 uur minstens één arts en gediplomeerde verplegers aanwezig zijn en waar het mogelijk is chirurgische ingrepen te verrichten.

16. Verzekeraar

Allianz Benelux NV, Koning Albert II-laan 32, 1000 Brussel.

Verzekeringsmaatschappij toegelaten onder codenummer 0097 om alle takken "Leven" en "niet Leven" te beoefenen (K.B. van 04/07/1979 - B.S. van 14/07/1979, K.B. van 19/05/1995 - B.S. van 16/06/1995) - H.R.B. 574 - K.B.O. Ondernemingsnummer 0403.258.197.

17. Verzekerbare personen

17.1 Verplicht aangeslotenen

Het administratief en technisch personeel van het universitair kader van de UGent (zowel statutairen als contractuelen), inclusief de statutair benoemde personeelsleden ATP die tot en met 30.09.2013 behoorden tot de hogescholen en die naar aanleiding van de integratie van de academische hogeschoolopleidingen vanaf 01.10.2013

behoren tot het universitair kader van de UGent (zogenaamd ambtshalve aangeslotenen).

17.2 Facultatief aangeslotenen

17.2.1 Facultatief aangesloten personeelsleden

17.2.1.1 Het administratief en technisch personeel van erkende wetenschappelijke instellingen, zoals het FWO, het VIB en het IWT, werkzaam aan de UGent.

17.2.1.2 Andere personeelsleden van de UGent die behoren tot het (zelfstandig of assisterend) academisch personeel, alsook de gastprofessoren en het wetenschappelijk personeel.

17.2.1.3 Het onderwijzend personeel en het administratief en technisch personeel dat deel uitmaakt van het integratiekader van de UGent, alsook de contractuele personeelsleden wiens arbeidsovereenkomst naar aanleiding van de integratie van de academische hogeschoolopleidingen vanaf 01.10.2013 zijn overgenomen van een partnerhogeschool.

17.2.1.4. De houders van een (post)doctoraatsbeurs toegekend door de UGent.

17.2.1.5. De houders van een (post)doctoraatsbeurs toegekend door een andere instantie dan de UGent, werkzaam aan de UGent.

17.2.1.6 De toekomstige gepensioneerde personeelsleden, ook indien het gaat over vervroegde pensionering of brugpensionering, indien zij gedurende minstens 1 jaar aangesloten zijn bij de verzekeringsovereenkomst "collectieve beroepsgebonden hospitalisatieverzekering" van de UGent (deze overeenkomst of de vorige overeenkomst (nr. 49/12357). Er mag geen onderbreking zijn tussen hun aansluiting als actief personeelslid en hun aansluiting als gepensioneerde.

17.2.1.7 De vóór 01.01.2024 reeds aangesloten gepensioneerde personeelsleden.

17.2.2 Facultatief aangesloten gezinsleden

17.2.2.1 De echtgenoot of levenspartner van de onder 17.1 en 17.2 vermelde aangeslotenen die wonen en verblijven op hetzelfde adres op het moment van aansluiting en als zodanig bij de verzekeraar zijn gekend.

17.2.2.2 De ongehuwde kinderen van alle voormelde aangeslotenen die ofwel fiscaal ten laste zijn van (één van) deze aangeslotenen, ofwel rechtgevend zijn op kinderbijslag.

Aansluiting van een gezinslid verplicht tot aansluiting van alle verzekerbare gezinsleden, tenzij zij reeds elders een vergelijkbare verzekering hebben.

Bij overlijden van een verzekerd personeelslid kunnen de gezinsleden die op het ogenblik van het overlijden waren aangesloten, verzekerd blijven onder dezelfde voorwaarden.

18. Verzekerden

De *verzekerbare personen* die aangesloten zijn bij deze overeenkomst. *Verzekerden* die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliezen, blijven steeds verzekerd tot het einde van het verzekeringsjaar waarin dit feit zich voordoet.

19. Verzekeringsjaar

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de hoofdvervaldag van de overeenkomst.

Indien de aansluitingsdatum van een bepaalde *verzekerde* niet samenvalt met de jaarvervaldatum van de onderschreven collectieve beroepsgebonden verzekering, bestaat het eerste verzekeringsjaar, voor wat betreft die specifieke *verzekerde*, uit het aantal maanden gelegen tussen de voornoemde aansluitingsdatum en de jaarvervaldatum.

20. Verzekeringsnemer

De Universiteit Gent (kort: de UGent).

Sint-Pietersnieuwstraat 25
9000 Gent
BTW BE0248.015.142

21. Wachtijd

De periode die ingaat op de datum waarop de *beheerder* de toetreding van de *verzekerde* aanvaardt. De kosten voor een *hospitalisatie* en een thuisbevalling/bevalling in een geboortehuis/geboortecentrum die een aanvang neemt gedurende die periode alsook deze voor een *ernstige ziekte* die een aanvang neemt gedurende die periode, betaalt de *beheerder* niet terug.

Deze wachtijd wordt echter niet toegepast bij schadegevallen die:

het gevolg zijn van een *acute infectieziekte*;

het gevolg zijn van een *ongeval* na de aansluiting.

22. Wettelijke tegemoetkoming

In het kader van deze overeenkomst betekent wettelijke tegemoetkoming:

-voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers;

-voor de kosten gemaakt in het buitenland: elke terugbetaling bepaald door een met het betrokken land gesloten overeenkomst voor de sociale zekerheid van de werknemers. Als dergelijke overeenkomst niet bestaat, een bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers.

23. Ziekenhuisfactuur

Een factuur uitgaande van een *verplegingsinstelling* met vermelding van het aantal ligdagen en de ligdagprijs of forfait.

24. Ziekte

Iedere aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een *ongeval* veroorzaakt wordt en die objectieve symptomen vertoont.

Artikel 2

VOORWERP VAN DE VERZEKERING

In het kader van deze overeenkomst worden de kosten vergoed, gemaakt voor de *prestaties* die een rechtstreeks verband vertonen met de oorzaak van de verzekerde *hospitalisatie* en waarvoor een *wettelijke tegemoetkoming* bestaat, respectievelijk met de oorzaak van de verzekerde *ernstige ziekte*, respectievelijk met de verzekerde thuisbevalling en de verzekerde bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis.

Uitbreidingen op deze regel worden in het vervolg van dit artikel opgesomd.

Kosten voor prestaties in verband met geslachtsverandering worden vergoed op basis van een opname in een meerpersoonskamer (ereloonsupplementen en kamersupplementen worden dus niet vergoed).

Voor de kosten die verband houden met een bilaterale mastectomie ter preventie van borstkanker en de borstreconstructie na een preventieve mastectomie, komt de verzekeraar tussen ten belope van maximum 1 maal de wettelijke tegemoetkoming per prestatie.

Voor de medische kosten in het kader van de behandeling tegen onvruchtbaarheid “in-vitro bevruchting” of elke andere techniek van artificiële voortplanting komt de verzekeraar alleen tussen voor zover de door het RIZIV vereiste voorwaarden voor terugbetaling vervuld zijn en ten belope van maximum 1 maal de wettelijke tegemoetkoming per prestatie. De kosten in verband met de bewaring van cellen met het oog op de voortplanting worden niet terugbetaald.

De kosten voor medisch noodzakelijke sterilisaties worden vergoed. De kosten voor niet-medisch noodzakelijke sterilisaties zijn gedekt op basis van een tweepersoonskamer met uitsluiting van ereloonsupplementen en kamersupplementen.

Voor oogheelkundige chirurgie uitgevoerd buiten een erkend algemeen of universitair ziekenhuis komt de verzekeraar tussen voor zover deze wordt uitgevoerd in een ambulante extramurale omgeving die voldoet aan de architectonische en wettelijke normen van een functie chirurgische daghospitalisatie en aan de door het RIZIV vereiste notificatievoorwaarden voor terugbetaling, en dit tot een maximum van 600€ per interventie en per oog.

Er geldt een vrije keuze van *verplegingsinstelling*, instelling die zich bezig houdt met *palliatieve verzorging*, apotheek en (para)medische dienstverlener.

Het bedrag van de vergoeding wordt berekend in overeenstemming met artikel 3.

1. Waarborg *hospitalisatie*

In geval van een *hospitalisatie* wegens *ziekte*, *ongeval*, zwangerschap of bevalling dekt de waarborg hospitalisatie de vergoeding van de kosten die tijdens de *hospitalisatie* gemaakt worden. Het gaat hier om de kosten voor medisch noodzakelijk verblijf of opname en *prestaties*.

Andere kosten die tijdens de *hospitalisatie* eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- a) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat;
- b) de kosten voor vervoer, voor zover dit gebeurt via een daartoe medisch uitgerust transportmiddel en voor zover het vervoer medisch verantwoord wordt door de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de *verzekerde*;
- c) de kosten voor *bij-overnachting*;
- d) de mortuariumkosten op de *factuur* van het ziekenhuis;
- e) de kosten voor het verblijf van een donor op voorwaarde dat deze donor zich vrijwillig en bewust voor dit donorschap laat hospitaliseren;
- f) de kosten voor *prestaties* in verband met de wiegendoodtest; en
- g) de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Pre- en posthospitalisatieverzorging

De *verzekeraar* vergoedt de kosten die de *verzekerde* heeft gemaakt voor medisch noodzakelijke *ambulante verzorging* en dit tijdens een periode van 1 maand vóór de begindatum van de verzekerde *hospitalisatie* en 3 maanden na de einddatum van deze *hospitalisatie*, dit indien het een opname in een eenpersoonskamer betreft. In het geval van een opname in een meerpersoonskamer wordt de prehospitalisatieperiode verlengd tot 2 maanden en wordt de posthospitalisatieperiode verlengd tot 6 maanden. Deze verlengde pre- en posthospitalisatieperiode geldt eveneens voor de thuishospitalisatie zoals bepaald in artikel 1.8.e) alsook voor de oogheeskundige chirurgie zoals bepaald in artikel 1.8.f).

Bij een opname in een meerpersoonskamer ten gevolge van een ongeval wordt de posthospitalisatieperiode verlengd tot 12 maanden.

Andere kosten die tijdens de pre- en posthospitalisatieperiode eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- h) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat;
- i) de kosten voor kraamhulp;
- j) de kosten voor het verblijf van de *verzekerde* in een instelling die zich bezig houdt met *palliatieve verzorging*, anders dan een *verplegingsinstelling*; en
- k) de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

2. Waarborg *ambulante verzorging ernstige ziekten*

Wanneer een *verzekerde* getroffen wordt door een *ernstige ziekte*, garandeert deze waarborg de vergoeding van kosten voor medisch noodzakelijke *ambulante verzorging*, voor zover het *prestaties* betreft geleverd in een periode anders dan deze voorzien in de waarborg hospitalisatie.

Andere kosten die binnen deze waarborg eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- l) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat;
- m) de kosten verbonden aan de huur van medisch materiaal;
- n) de kosten voor het verblijf van de *verzekerde* in een instelling die zich bezig houdt met *palliatieve verzorging*, anders dan een *verplegingsinstelling*;
- o) de kosten voor vervoer, voor zover dit gebeurt via een daartoe medisch uitgerust transportmiddel voor zover het vervoer medisch verantwoord wordt door de gezondheidstoestand van de *verzekerde*; en
- p) de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

3. Waarborg thuisbevalling en bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis

In geval van een thuisbevalling of bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis dekt de waarborg thuisbevalling en bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis de vergoeding van de kosten die tijdens de bevalling gemaakt worden. Het gaat hier om de kosten voor verblijf in het geboortecentrum/geboortehuis en *prestaties*.

Andere kosten die tijdens de thuisbevalling of tijdens het verblijf omwille van bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- q) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat;
- r) de kosten voor vervoer, voor zover dit gebeurt via een daartoe medisch uitgerust transportmiddel en voor zover het vervoer medisch verantwoord wordt door de vereiste spoed en de gezondheidstoestand van de *verzekerde*;
- s) de kosten voor *prestaties* in verband met de wiegendoodtest; en
- t) de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Pre- en postbevallingsverzorging

De *verzekeraar* vergoedt de kosten die de *verzekerde* heeft gemaakt voor medisch noodzakelijke *ambulante verzorging* en dit tijdens een periode van 1 maand vóór de begindatum van de *verzekerde* thuisbevalling, respectievelijk het verblijf omwille van

bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis en 6 maanden na de einddatum van de thuisbevalling, respectievelijk het verblijf omwille van bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis.

Andere kosten die tijdens de pre- en postperiode eveneens in aanmerking komen voor een tussenkomst van de *verzekeraar* zijn:

- u) de kosten voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat;
- v) de kosten voor kraamhulp;
- w) de kosten voor het verblijf van de *verzekerde* in een instelling die zich bezig houdt met *palliatieve verzorging*, anders dan een *verplegingsinstelling*; en
- x) de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 3

BEREKENING VAN DE VERGOEDING

De tussenkomst van de *verzekeraar* wordt als volgt berekend:

1. Basisregel

Van de gemaakte kosten die deze overeenkomst dekt en waarvoor een *wettelijke tegemoetkoming* bestaat, worden achtereenvolgens afgetrokken:

-de *wettelijke tegemoetkoming*. Indien de *verzekerde* deze *wettelijke tegemoetkoming*, om welke reden ook, niet ontvangt of er geen recht op heeft, wordt niettemin rekening gehouden met een fictieve tegemoetkoming gelijk aan de *wettelijke tegemoetkoming*;

-elke terugbetaling in uitvoering van de Belgische wetgevingen betreffende de arbeidsongevallen en de beroepsziekten;

-iedere vergoeding uitgekeerd in uitvoering van een privéverzekering.

Het *derdebetalersysteem* in het kader van deze overeenkomst blijft evenwel onverkort van toepassing, waarbij het volledige schadedossier zal worden behandeld in het kader van deze overeenkomst, tenzij een gelijkaardige faciliteit van toepassing zou zijn in het kader van de privéverzekering.

2. Vergoedingsregeling voor *prestaties* waarvoor geen *wettelijke tegemoetkoming* bestaat

De tussenkomst van de *verzekeraar*, bekomen na toepassing van de basisregel, wordt verhoogd met 50 % van de kosten gemaakt voor de *prestaties*, bedoeld in artikel 2. 1.

a) en 2. 1. h) indien het een opname in een eenpersoonskamer betreft. Bij een opname in een meerpersoonskamer bedraagt het vergoedingspercentage 75 %.

Bij de waarborg *ambulante verzorging ernstige ziekten* bedraagt het vergoedingspercentage 100 %.

Bij een thuishospitalisatie zoals bepaald in artikel 1.8.e), een oogheekkundige chirurgie zoals bepaald in artikel 1.8.f), een thuisbevalling en bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis bedraagt het vergoedingspercentage 75 %.

3. Vergoedingsregeling voor de andere kosten zoals bedoeld in artikel 2

De tussenkomst van de *verzekeraar*, bekomen na toepassing van de basisregel en punt 2 hiervoor, wordt verhoogd met het bedrag van de kosten bedoeld in artikel 2.1. b), 2.1.c), 2.1.d), 2.1.e), 2.1.f), 2.1.i), 2.1.j), 2.2.m), 2.2.n), 2.3.r), 2.3.s), 2.3.v) en 2.3.w) dat nog niet is vergoed op basis van de toepassing van de basisregel en van punt 2 hiervoor.

De tussenkomst van de *verzekeraar* voor de kosten bedoeld in artikel 2.2.o) is beperkt tot 500 € per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*. De tussenkomst van de *verzekeraar* voor de kosten bedoeld in artikelen 2.1.g), 2.1.k), 2.2.p), 2.3.t) en 2.3.x) is beperkt tot 1.000 € per *verzekerde*.

4. Toepassing van het *eigen risico*

De tussenkomst van de *verzekeraar*, die bekomen wordt na toepassing van de punten 1 tot en met 3 hiervoor, wordt verminderd met het *eigen risico*.

Het *eigen risico* bedraagt 10 % van de *verzekerde* kosten met een maximum van 250 € per *verzekerde* en per *verzekeringsjaar*. Het *eigen risico* is enkel van toepassing bij een opname in een eenpersoonskamer (zie artikel 1.9). Het *eigen risico* is niet van toepassing bij een hospitalisatie in een meerpersoonskamer, een thuisbevalling, een thuishospitalisatie zoals bepaald in artikel 1.8.e), een bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis, een oogheekkundige chirurgie zoals bepaald in artikel 1.8.f). en in geval van de waarborg *ambulante verzorging ernstige ziekten*.

Wanneer het *eigen risico* van toepassing is op een ononderbroken *hospitalisatie*, gespreid over twee opeenvolgende *verzekeringsjaren*, dan wordt het maximum bedrag slechts eenmaal toegepast.

Wanneer verschillende leden van eenzelfde gezin gelijktijdig worden gehospitaliseerd, zal het maximum bedrag slechts eenmaal worden toegepast voor alle gezinsleden samen.

5. Maximale tussenkomst

De tussenkomst van de *verzekeraar* is onbeperkt in absolute waarde. De vergoeding wordt echter beperkt tot 300 % van de *wettelijke tegemoetkoming* voor *prestaties* waarvoor een *wettelijke tegemoetkoming* bestaat.

6. Aanpassing grensbedragen

De forfaitaire maxima vermeld in artikel 3.3 zullen jaarlijks op de hoofdvervaldag worden verhoogd overeenkomstig het percentage van de indexatie / herziening van de premie

Omwille van confidentialiteitsredenen kan de informatie over het toepasselijk indexatiecijfer niet op een publiek toegankelijke webpagina worden vermeld.

7. Kosten / facturen in vreemde munt

De kostennota's / facturen uitgedrukt in een vreemde munt worden terugbetaald op basis van de wisselkoers van de munt op de datum van terugbetaling door de *verzekeraar*.

Artikel 4

SCHADEGEVALLEN

1. Voor schadegevallen zonder *derdebetalersysteem*

1. De *verzekerde* of zijn aangestelde moet de *beheerder* op de hoogte brengen van iedere *hospitalisatie* en van iedere gebeurtenis waarvoor de waarborgen zoals hiervoor bepaald in artikel 2 kunnen ingeroepen worden. Een voorafgaande aangifte is niet nodig.

Indien nodig kan de *beheerder* bijkomende informatie vragen.

2. De verzekerde kosten worden vergoed na voorlegging van:

-de originele kostennota's, én inzonderheid, voor wat betreft de waarborg hospitalisatie, de originele *ziekenhuisfactuur*;

-de afrekening der terugbetalingen gedaan in uitvoering van de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor werknemers (cf. bewijs van tussenkomst van het ziekenfonds) / bewijs van tussenkomst van de *wettelijke tegemoetkoming* en/of de afrekening der terugbetalingen gedaan in uitvoering van de Belgische wetgevingen betreffende de arbeidsongevallen en de beroepsziekten; en

-ieder bewijs van tussenkomst in uitvoering van een privéverzekering.

De *beheerder* moet deze bewijsstukken uiterlijk 3 jaar na de datum van de *prestatie* ontvangen, zonder dat de overschrijding van deze termijn aanleiding geeft tot een verval van dekking. Ze blijven in zijn bezit. Als hij dit nodig acht, kan hij bijkomende bewijsstukken vragen.

3. De *beheerder* heeft het recht de hem gedane verklaringen en de antwoorden op zijn vragen om inlichtingen te onderzoeken. De *verzekerde* of zijn aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de vaststellingen door de *beheerder* te vergemakkelijken.

4. Indien de *verzekerde* of zijn aangestelde één van de verplichtingen hem opgelegd door punten 1, 2 en 3 van dit artikel niet nakomt, behoudt de *verzekeraar* zich het recht voor om de uitkering zoals berekend in overeenstemming met artikel 3, ten aanzien van de bewuste *verzekerde* te verminderen tot beloop van het door hem, omwille van deze vertraging of nalatigheid, geleden nadeel. De *verzekeraar* kan de dekking weigeren ten aanzien van de bewuste *verzekerde* indien de *verzekerde* deze verplichtingen met bedrieglijk opzet niet is nagekomen. De premies met betrekking tot de bewuste *verzekerde* die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de *beheerder* kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, komen toe aan de *verzekeraar*.

5. De *verzekeraar* heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid van de aangiften van de *verzekerde* en/of zijn aangestelde en de attesten te laten onderzoeken door een door hem aangeduid arts.

In geval van betwisting over de medische aspecten van deze verzekering kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een arts aanstellen om het geschil te beslechten. Indien de arts van de *verzekerde* en die van de *verzekeraar* het onderling niet eens worden, zullen zij een derde arts aanduiden om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde arts op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid. Geraakt het geschil toch niet opgelost, dan wordt het voorgelegd aan de bevoegde rechtbank. Elke partij draagt de kosten en het ereloon van haar raadsman(nen). Daarnaast draagt elke partij de helft van de kosten en het ereloon van de derde arts en de kosten van zijn aanstelling.

6. De *beheerder* verbindt er zich toe om opdracht te geven aan zijn financiële instelling over te gaan tot uitkering van de tegemoetkoming, zoals bepaald in artikel 3, binnen maximaal 10 werkdagen.

De hiervoor vermelde termijn gaat in vanaf de dag volgend op het tijdstip waarop de aan de *beheerder* overgemaakte bewijsstukken (zie punt 2 hiervoor), die nog geen aanleiding hebben gegeven tot enige vergoeding vanwege de *beheerder*, bij deze toekomen.

Deze termijn begint echter pas te lopen indien de hierna bepaalde cumulatieve voorwaarden vervuld zijn:

- de *verzekerde* of zijn aangestelde is zijn verplichtingen (zie punten 1, 2 en 3 hiervoor) nagekomen;

- de *beheerder* beschikt over de door hem gevraagde bijkomende inlichtingen, attesten en resultaten van de bijkomende onderzoeken (zie punt 1 hiervoor); en

- er bestaat geen gerede twijfel over de aanvaarding van het schadegeval.

Indien de *beheerder* niet voldoet aan de hierboven vermelde verplichting zal hij een interest betalen en ten laste nemen van 10 % (op jaarbasis) op de laattijdige uitkering, te rekenen vanaf de werkdag volgend op de hierboven bepaalde termijn van 10 werkdagen voor zover hij door de *verzekerde* in gebreke wordt gesteld. Deze interest zal steeds minstens 10 EUR bedragen.

7. Indien naar aanleiding van het schadegeval blijkt dat de *verzekerde* niet meer de hoedanigheid bezit van *verzekerbare persoon*, nemen de verplichtingen van de *verzekeraar* een einde in overeenstemming met de modaliteiten beschreven in artikel 8 en 9. De premies die werden betaald voor de bewuste *verzekerde* blijven niettemin verworven voor de *verzekeraar*.

2. Voor schadegevallen met *derdebetalersysteem* voor opnames in een meerpersoonskamer

1. De *beheerder* biedt de *verzekerde* een *derdebetalersysteem* aan, namelijk Medi-Link. De *verzekerde* doet aangifte van de opname bij de *beheerder*. Vanaf het moment dat deze aangifte gebeurd is, kan de *verzekerde* gebruik maken van zijn persoonlijke identificatienummer (010-nummer genoemd). Enkel dit nummer, dat op alle communicatie met de *verzekerden* (en ook in de app) staat, doorgeven bij de inschrijving in het ziekenhuis is nodig om het proces te activeren, op voorwaarde dat het dossier werd aanvaard door de *beheerder*. Daardoor is een fysieke *derdebetalerskaart* op geen enkel moment nog een vereiste. Fysieke *betalerskaarten* kunnen alsnog 1 maal per maand via post worden doorgestuurd indien de *verzekerde* dit wenst. Het *derdebetalersysteem* kan worden gebruikt voor een *hospitalisatie* in een meerpersoonskamer in alle Belgische ziekenhuizen aangesloten bij het *derdebetalersysteem* Medi-Link. (<https://www.vanbreda-health.be/nl/medi-link/aangesloten-ziekenhuizen/>).

Voor iedere andere gebeurtenis, buiten een *hospitalisatie*, waarvoor de waarborgen zoals hiervoor bepaald in artikel 2 kunnen ingeroepen worden, kan het *derdebetalersysteem* niet gebruikt worden en zal het schadegeval afgehandeld worden zoals vermeld in artikel 4.1 hierboven.

2. De *derdebetalerkaart* is strikt persoonlijk en mag alleen gebruikt worden in overeenstemming met de verzekeringsovereenkomst waaraan ze gekoppeld is.

3. Voorafgaand aan iedere geplande *hospitalisatie*, neemt de *verzekerde* of zijn aangestelde contact met de *beheerder* via telefoon of doet hij aangifte bij de *beheerder* via de online toepassing www.vanbreda-health.be of doet hij aangifte via de app of per mail. De *verzekerde* wordt door de *beheerder* op de hoogte gebracht of het *derdebetalersysteem* voor die *hospitalisatie* van toepassing is.

Indien het *derdebetalersysteem* - om welke reden dan ook - niet van toepassing is, zal de afhandeling van het schadegeval gebeuren zoals beschreven in artikel 4.1 hierboven.

Indien nodig kan de *beheerder* bijkomende informatie vragen.

4. Indien het *derdebetalersysteem* van toepassing is, stuurt de *verplegingsinstelling* de *ziekenhuisfactuur* rechtstreeks naar de *beheerder*. De *beheerder* betaalt de volledige *ziekenhuisfactuur* aan de *verplegingsinstelling* en zal nadien de op de *ziekenhuisfactuur* vermelde niet-verzekerde kosten in eerste instantie afhouden van andere tussenkomsten en, indien nodig, het eventuele resterende saldo bij de *verzekerde* recupereren.

5. Het al dan niet van toepassing zijn van het *derdebetalersysteem* wijzigt niets aan de voorwaarden opgenomen in deze overeenkomst. Het niet van toepassing zijn van het *derdebetalersysteem* betekent enkel dat de *beheerder* de *ziekenhuisfactuur* niet rechtstreeks aan de *verplegingsinstelling* betaalt.

6. Alle punten opgesomd in artikel 4.1 hierboven, behalve punt 1, zijn ook van toepassing bij gebruikmaken van het *derdebetalersysteem*.

7. Door gebruik te maken van Medi-Link verleent de *verzekerde* de bevoegdheid aan de *beheerder* om rechtstreeks aan de *verplegingsinstelling* te betalen.

De *beheerder* wordt in de plaats gesteld van de *verzekerde* ten aanzien van de *verplegingsinstelling* bij discussie of geschil over die betaling.

8. Het gebruik van het *derdebetalersysteem* kan ten aanzien van de bewuste *verzekerde* worden ingetrokken, mits voorafgaande waarschuwing per aangetekend schrijven, en dit:

- in geval van misbruik van het *derdebetalersysteem*;
- in geval van niet-betaling door de *verzekerde* van de bij hem te recupereren, niet-verzekerde kosten; en
- in geval van niet-betaling van de premie.

Artikel 5

UITSLUITINGEN

a) De waarborgen voorzien in artikel 2 worden niet verleend voor de kosten ten gevolge van de *hospitalisaties*, thuisbevallingen en bevallingen in een geboortecentrum/geboortehuis, respectievelijk de *ernstige ziekten* die het gevolg zijn van:

1. oorlogsfeiten, oproer, burgerlijke onlusten, collectieve gewelddaden met politieke, ideologische of sociale inslag, tenzij de *verzekerde* bewijst dat hij, buiten het geval van wettelijke zelfverdediging, er niet actief aan heeft deelgenomen;
2. ieder feit of opeenvolging van feiten met dezelfde oorsprong die voortspruiten uit of het resultaat zijn van radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen, producten of radioactieve afvalstoffen, evenals de schade die rechtstreeks of onrechtstreeks voortspruit uit ioniserende stralingen;
3. dronkenschap, alcoholisme, alcoholintoxicatie (indien hoger dan 1.5 promille);
4. gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij de *verzekerde* bewijst dat dit gebruik het gevolg is van een medisch voorschrift.

b) De verzekering geldt evenmin voor:

1. louter esthetische verzorging of behandelingen, tenzij zij het rechtstreeks gevolg zijn van een gedekt *ongeval* of van een *ernstige ziekte*;
2. borstreducties en -vergrotingen, liposucties, alsook alle behandeling met het oog op het nastreven van gewichtsverlies, tenzij indien deze ingreep/behandeling aangewezen zou zijn op basis van medische gronden;
3. kuurbehandelingen;

4. de kosten voor bijstand en bewaking van de *verzekerde* met uitzondering van deze voor *bij-overnachting*;

5. contraceptieve behandelingen, tenzij medisch noodzakelijk.

Artikel 6

AANSLUITING, GEEN MEDISCHE FORMALITEITEN, WACHTTIJDEN en VOORAFBESTAANDE AANDOENINGEN

1. Aansluiting

Voor aansluitingen van personen die op 31.12.2023 waren aangesloten bij de verzekeringsovereenkomst “collectieve beroepsgebonden hospitalisatieverzekering” met nummer 49/12357:

Alle aansluitingen gaan in op 01.01.2024 voor alle verplicht aangeslotenen die op 31.12.2023 waren aangesloten bij de vorige overeenkomst, voor zover zij aansluitingsgerechtigd blijven.

Alle aansluitingen gaan in op 01.01.2024 voor alle facultatief aangesloten personeelsleden en facultatief aangesloten verzekerden die op 31.12.2023 waren aangesloten bij de vorige overeenkomst, voor zover zij aansluitingsgerechtigd blijven, er geen opzeg werd betekend voor 01.10.2023 en er geen verzet werd gedaan tegen de aansluiting bij de huidige polis voor 01.04.2024 en dit door middel van een briefwisseling te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen, dan wel via mail te richten aan UGent@vanbreda.be, dan wel via www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/.

Voor nieuwe aansluitingen:

De aansluiting van een personeelslid vermeld onder artikel 1.17.1 gaat in op de datum van de indiensttreding / start van de werkzaamheden aan de UGent in de hoedanigheid bedoeld in artikel 1.17.1. De aansluiting van de gezinsleden vermeld onder artikel 1.17.2.2 kan op hetzelfde ogenblik gebeuren. De premie voor deze maand is volledig verschuldigd indien de aansluiting gebeurt vóór de 16^e van de maand. Er is echter geen premie verschuldigd voor deze maand indien de aansluiting later dan de 15^e van de maand gebeurt.

De aansluiting van een personeelslid vermeld onder artikel 1.17.2.1.1, 1.17.2.1.2, 1.17.2.1.3, 1.17.2.1.4 en 1.17.2.1.5 kan gebeuren samenvallend met de indiensttreding / start van de werkzaamheden aan de UGent in de hoedanigheid bedoeld in artikel 1.17.2.1.1, 1.17.2.1.2, 1.17.2.1.3, 1.17.2.1.4 en 1.17.2.1.5. De aansluiting van de gezinsleden vermeld onder artikel 1.17.2.2 kan op hetzelfde ogenblik gebeuren.

De gezinsleden die op het ogenblik van de aansluiting van het personeelslid nog niet verzekeraar waren, kunnen aansluiten op het ogenblik dat zij het recht tot aansluiting verwerven (bijvoorbeeld in geval van huwelijk).

Voor tijdige facultatieve aansluitingen, dus aansluitingen waarbij de ondertekening van het aansluitingsformulier – zo dit wordt gevraagd op het formulier - én indiening ervan

bij de *beheerder* gebeurt binnen de 3 maanden na het ontstaan van het recht tot aansluiting, gaat de aansluiting in op de dag van het ontstaan van het recht op aansluiting.

Voor laattijdige facultatieve aansluitingen, dus aansluitingen waarbij de ondertekening van het aansluitingsformulier – zo dit wordt gevraagd op het formulier - én indiening ervan bij de *beheerder* gebeurt na 3 maanden na het ontstaan van het recht tot aansluiting, gaat de aansluiting in op de dag dat het aansluitingsformulier werd ingediend.

Indien de *verzekerde* bij zijn aanvraag tot aansluiting het bewijs kan leveren dat de *verzekerde* tot de dag van aansluiting bij deze verzekering een andere hospitalisatieverzekering heeft, zal de aansluiting ingaan op de dag volgend op de einddatum van die andere hospitalisatieverzekering en als tijdig worden beschouwd.

2. Geen medische formaliteiten

Alle aansluitingen worden aanvaard zonder medische formaliteiten.

3. Wachttijden en voorafbestaande aandoeningen

Voor aansluitingen van personen die op 31.12.2023 waren aangesloten bij de verzekeringsovereenkomst “collectieve beroepsgebonden hospitalisatieverzekering” met nummer 49/12357:

Er geldt geen wachttijd en voorafbestaande aandoeningen zijn gewaarborgd.

Voor nieuwe aansluitingen:

Voor verplicht aangeslotenen geldt er geen wachttijd en zijn voorafbestaande aandoeningen gewaarborgd.

Voor facultatief aangeslotenen:

Voor aansluitingen waarvan de aanvraag gebeurt binnen de 3 maanden na het ontstaan van het recht tot aansluiting, is er geen wachttijd. In dit geval zijn voorafbestaande aandoeningen gewaarborgd.

Indien de aanvraag tot aansluiting gebeurt na 3 maanden, bedraagt de wachttijd 3 maanden. Voorafbestaande aandoeningen zijn in dit geval niet gewaarborgd.

Wachttijden komen te vervallen en voorafbestaande aandoeningen zijn gewaarborgd indien de *verzekerde* bij zijn aansluiting het bewijs kan leveren dat de *verzekerde* tot de dag van aansluiting bij deze verzekering een andere hospitalisatieverzekering had.

4. Gratieperiode

De persoon die op 31.12.2023 niet facultatief aangesloten was bij de collectieve beroepsgebonden hospitalisatiepolis van de UGent, hetzij omdat de betrokkene niet facultatief aansluitbaar was, hetzij omdat de betrokkene zich had kunnen aansluiten, maar dit niet heeft gedaan, maar per 01.01.2024 aansluitbaar is of wordt, kan zich bij deze polis retroactief aansluiten vanaf 01.01.2024 en dit zonder medische formaliteiten,

zonder wachttijd en met dekking van voorafbestaande aandoeningen. Het aansluitingsformulier moet daarvoor uiterlijk 31.03.2024 door de *beheerder* ontvangen zijn.

Artikel 7

INFORMATIE VAN DE UGENT AAN DE INDIVIDUELE VERZEKERDEN EN VOORTZETTING

1. Beëindiging van de overeenkomst of de aanstelling, anders dan door pensionering of overlijden

Voor de verplicht aangesloten personeelsleden gebeurt de melding van de beëindiging van de arbeidsovereenkomst of van de beëindiging van de statutaire aanstelling door de UGent. Het personeelslid (en diens aangesloten gezinsleden) blijft (blijven) verzekerd tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervaldag die volgt op de beëindiging van de arbeidsovereenkomst of de statutaire aanstelling.

De facultatief aangesloten personeelsleden dienen de beëindiging van hun overeenkomst of van hun statutaire aanstelling zo snel mogelijk en uiterlijk binnen 2 maanden na de beëindiging van de overeenkomst of de statutaire aanstelling te melden aan de *beheerder* en dit door middel van een briefwisseling te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen, dan wel via mail te richten aan UGent@vanbreda.be, dan wel via www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/. Het personeelslid (en diens aangesloten gezinsleden) blijft (blijven) verzekerd tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervaldag die volgt op de beëindiging van de overeenkomst of de statutaire aanstelling.

Verzekerden die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliezen kunnen bij de *verzekeraar* een individuele overeenkomst onderschrijven conform de verzekeringswet.

2. Pensionering

De aansluiting bij deze collectieve beroepsgebonden verzekering kan worden voortgezet door diegenen die op vervroegd pensioen (stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) of pensioen (al dan niet flexibel) gaan en daardoor niet langer personeelslid zijn van de *verzekeringsnemer*, alsook door hun gezinsleden die op dat ogenblik al waren aangesloten.

Er mag in geen geval een onderbreking bestaan tussen de verzekeringsdekking die zij genoten tijdens de actieve periode als personeelslid en deze die zijn genieten in het stelsel van de voortzetting na (vervroegd) pensioen.

Voor de verplicht aangesloten personeelsleden gebeurt de melding van de pensionering door de UGent. De verplicht aangesloten personeelsleden blijven verzekerd op kosten van de UGent tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervaldag die samenvalt met of volgt op de eerste dag van pensionering. De *beheerder* zal, binnen de maand volgend op de datum dat hij door de UGent op de hoogte wordt gebracht van de pensionering van een verplicht aangesloten personeelslid, dit personeelslid schriftelijk in kennis stellen van de automatische verderzetting van deze collectieve beroepsgebonden verzekering op eigen kosten van het betrokken personeelslid,

behoudens uitdrukkelijk verzet van het betrokken personeelslid. Het betrokken personeelslid dient uiterlijk binnen de maand na de schriftelijke kennisgeving door de *beheerder* uitdrukkelijk zijn verzet tegen de voortzetting van de verzekering op eigen kosten mee te delen aan de *beheerder* middels een briefwisseling te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen, dan wel via mail te richten aan UGent@vanbreda.be, dan wel via www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/. Bij ontstentenis van een tijdig verzet blijven de gepensioneerde personeelsleden (en hun gezinsleden) aangesloten. Erna gelden de gewone opzegmodaliteiten.

Voor de facultatief aangesloten personeelsleden gebeurt de melding van de pensionering door het personeelslid zelf. De facultatief aangesloten personeelsleden dienen hun pensionering zo snel mogelijk en uiterlijk binnen 2 maanden na de pensionering te melden aan de *beheerder* en dit door middel van een briefwisseling te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen, dan wel via mail te richten aan UGent@vanbreda.be, dan wel via www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/. Aangezien de facultatief aangesloten personeelsleden reeds voor de pensionering op eigen kosten de verzekering betaalden, wordt een automatische verderzetting van deze verzekering in hun hoofde (alook in hoofde van hun gezinsleden) verondersteld. Voor hen gelden de gewone opzegmodaliteiten.

Bij afloop van de periode bedoeld in de eerste paragraaf van artikel 8, alook indien deze verzekering door de *verzekeringnemer* vroeger wordt opgezegd, eindigen automatisch alle persoonlijke verderzettingen na (vervroegd) pensioen die eruit voortvloeien (tenzij er een automatische overdracht zou zijn naar (deze of andere) verzekeraar in het kader van een nieuwe hospitalisatieverzekering afgesloten door de *verzekeringnemer*). Indien tussen *verzekeringnemer* en *verzekeraar* nieuwe voorwaarden worden overeengekomen, dan zullen deze ook van toepassing worden voor de voortzettingen na (vervroegd) pensioen op hetzelfde ogenblik als deze van toepassing worden voor de actieve personeelsleden en hun gezinsleden.

3. Overlijden

Voor de verplicht aangesloten personeelsleden gebeurt de melding van het overlijden door de UGent.

In geval van overlijden van een facultatief aangesloten personeelslid of gezinslid dient dit door de erfgenamen van de *verzekerde* zo snel mogelijk en binnen een termijn van 4 maanden na het overlijden te worden gemeld aan de *beheerder* en dit door middel van een briefwisseling te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen, dan wel via mail te richten aan UGent@vanbreda.be dan wel via www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/.

Bij overlijden van het verplicht of facultatief aangesloten personeelslid blijft deze polis in hoofde van de partner en de ongehuwde kinderen, bedoeld in artikel 1.17.2.2., die reeds aangesloten waren bij de polis, automatisch verder lopen.

4. Verlies van hoedanigheid van *verzekerbare persoon* als facultatief aangesloten gezinslid

Facultatief aangesloten gezinsleden die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliezen, dienen dit zo snel mogelijk en uiterlijk binnen 2 maanden na het verlies van deze hoedanigheid te melden aan de *beheerder* en dit door middel van een briefwisseling te richten aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen, dan wel via mail te richten aan UGent@vanbreda.be, dan wel via www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/. Het gezinslid blijft verzekerd tot en met de dag voorafgaand aan de eerste vervaldag die volgt op het verlies van de hoedanigheid van *verzekerbare persoon*.

Facultatief aangesloten gezinsleden die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliezen kunnen bij de *verzekeraar* een individuele overeenkomst onderschrijven conform de verzekeringswet.

Artikel 8

BEGIN, DUUR EN EINDE VAN DE VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERAAR

De *overeenkomst collectieve beroepsgebonden hospitalisatieverzekering* gaat in op 01.01.2024 en geldt voor een periode van zeven jaar. Gedurende deze periode kan de *verzekeringsnemer* de overeenkomst jaarlijks opzeggen door middel van een aangetekend schrijven, ten laatste 3 maanden voor de jaarlijkse vervaldag. Gedurende deze periode maar ten vroegste op 31.12.2026 kan de *verzekeraar* de overeenkomst jaarlijks opzeggen door middel van een aangetekend schrijven, ten laatste 9 maanden voor de jaarlijkse vervaldag.

Voor individuele *verzekerden* vangen de verzekeringswaarborgen (zie artikel 2 hiervoor) aan op de aansluitingsdatum, eventueel na verloop van de *wachttijd*. De individuele *verzekerden* hebben de mogelijkheid hun aansluiting op te zeggen, rekening houdend met een opzeggingstermijn van 3 maanden voor de jaarlijkse vervaldag en mits richten van een briefwisseling aan Vanbreda Risk & Benefits, Postbus 34, 2140 Antwerpen, dan wel via mail te richten aan UGent@vanbreda.be, dan wel via www.vanbreda-health.be/nl/medisch-contactformulier/. Een opzeg op gezinsniveau kan enkel betrekking hebben op alle facultatief aangesloten leden van het gezin, tenzij de individuele *verzekerde* bewijst dat de opzeg van één bepaald gezinslid gebeurt omdat dit gezinslid aangesloten wordt bij een andere collectieve beroepsgebonden verzekering met soortgelijke dekking waarvoor dit gezinslid zelf niet de premie moet betalen. In deze laatste situatie, dus de opzeg van één bepaald gezinslid omdat dit gezinslid aangesloten wordt bij een andere collectieve beroepsgebonden verzekering met soortgelijke dekking waarvoor dit gezinslid zelf niet de premie moet betalen, gaat de opzeg ten vroegste de eerste maand van het semester volgend op de melding conform de wijze voorzien in deze paragraaf aan de *beheerder* in, waarbij het niet-verbruikte premiegedeelte door de *beheerder* aan de *verzekerde* wordt terugbetaald.

De persoon die op/na 01.01.2024 facultatief aangesloten is bij de collectieve beroepsgebonden hospitalisatiepolis van de UGent, maar de verzekering niet zou wensen verder te zetten, kan een retroactieve opzegging realiseren. De kennisgeving aan de *beheerder* moet daarvoor uiterlijk 31.03.2024 door de *beheerder* ontvangen zijn.

Indien de (thuis)hospitalisatie, de thuisbevalling of de bevalling in een geboortecentrum/geboortehuis start na de aanvang van de dekking komt de *verzekeraar*

tussen in de kosten van de prehospitaalverzorging bepaald in art. 2.1 en de kosten van de prebevallingsverzorging bepaald in art. 2.3 die voorafgaan aan de aanvang van de dekking.

De verplichtingen van de *verzekeraar* nemen een einde op de einddatum van de overeenkomst of wanneer een *verzekerde* tijdens de duur van de overeenkomst de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliest. Niettegenstaande het voorgaande, blijft de persoon die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* heeft verloren verzekerd tot de eerstvolgende vervaldag.

Artikel 9

(BETALING VAN DE) PREMIE

De *verzekeringnemer* betaalt voor alle personeelsleden vermeld onder artikel 1.17.1 samen de volledige premie, met inbegrip van alle rechten en taksen die hij de *verzekeraar* verschuldigd is of zal zijn voor deze overeenkomst of de uitvoering ervan, waaronder de RIZIV-bijdrage.

Het personeelslid betaalt voor al zijn aangesloten gezinsleden samen de volledige premie, met inbegrip van alle rechten en taksen die hij de *verzekeraar* verschuldigd is of zal zijn voor deze overeenkomst of de uitvoering ervan, waaronder de RIZIV-bijdrage.

De premies zijn jaarlijks te betalen aan de *beheerder* na ontvangst van het vervaldagbericht. Ze zijn berekend per verzekerde persoon en zijn verhoogd met de 10 % RIZIV-bijdrage op de nettoverzekeringspremies. Ze zijn vrijgesteld van de verzekeringstaks.

De jaarpremies, met inbegrip van alle rechten en taksen die ten aanzien van de *verzekeraar* verschuldigd is of zal zijn voor deze overeenkomst of de uitvoering ervan, zijn:

Omwille van confidentialiteitsredenen kan de informatie over de toepasselijke premies niet op een publiek toegankelijke webpagina worden vermeld.

De leeftijd die in aanmerking wordt genomen voor het bepalen van de premie is altijd deze op de laatste verjaardag die de premieervaldag voorafgaat. Voor verzekerde kinderen die zich in een situatie van verlengde minderjarigheid bevinden, blijft de premie “kind” (= premie voor *verzekerden* tot en met 18 jaar) van toepassing ongeacht hun werkelijke leeftijd. De *verzekerde* bezorgt aan de *beheerder* informatie over de kinderen in deze situatie.

Verzekerden die de hoedanigheid van *verzekerbare persoon* verliezen, blijven steeds verzekerd tot het einde van het *verzekeringsjaar* waarin dit feit zich voordoet.

In geval van overlijden wordt het niet-verbruikte premiegedeelte terugbetaald (vanaf de eerste van de maand volgend op het overlijden tot aan de volgende vervalddag).

Bij niet-betaling van de premie ontvangt de partij die de premie verschuldigd is een aangetekende brief waarmee hij door de *beheerder* in gebreke gesteld wordt. In deze ingebrekestelling maant de *beheerder* diegene die de premie verschuldigd is aan om over te gaan tot betaling van de premie en wijst hij laatstgenoemde op de gevolgen van de niet-betaling. Als de premie 15 dagen later nog niet betaald is, worden de waarborgen overeenstemmend met de niet-betaalde premies van rechtswege geschorst voor de bewuste *verzekerde(n)*, dit zowel voor de lopende kosten als voor elke latere gebeurtenis. Bijgevolg vervalt het recht op vergoeding voor de bewuste *verzekerde(n)*.

De waarborgen gaan opnieuw in om nul uur van de dag die volgt op de betaling van de achterstallige premies, rechten en taksen inbegrepen. *Ernstige ziekten*, thuisbevallingen/bevallingen in een geboortecentrum/geboortehuis of *hospitalisaties* ten gevolge van *ziekten*, toestanden of letsels die zich voordoen of die aan het licht komen tussen de datum van de schorsing en deze van de wederinwerkingstelling zijn niet verzekerd.

Vanaf de 15e dag volgend op het begin van de schorsing heeft de *beheerder* het recht de overeenkomst te beëindigen ten aanzien van de individuele *verzekerde* die de premie verschuldigd is en die in gebreke is gebleven betreffende de betaling van de premie. Als diegene die de premie verschuldigd is de *beheerder* uitdrukkelijk schriftelijk meedeelt dat hij de betaling van de premies staakt, moet de *beheerder* deze aangetekende brief niet versturen.

[Indexering van de premie](#)

De in deze overeenkomst bepaalde premie varieert jaarlijks op de hoofdvervalddag als volgt:

Omwille van confidentialiteitsredenen kan de informatie over het toepasselijk indexatiecijfer niet op een publiek toegankelijke webpagina worden vermeld.

Artikel 10

VERHAAL VAN DE VERZEKERAAR

Als de waarborgen gelden of de *verzekeraar* al een vergoeding heeft gedaan, treedt hij in de plaats van de *verzekeringssnemer* of de *verzekerden* voor hun recht op verhaal op de derden die aansprakelijk zijn voor het *ongeval* of de *ziekte*.

Als derden worden niet beschouwd: andere personeelsleden van de UGent en hun verzekerde gezinsleden.

De *verzekeringssnemer* – behalve in de gevallen bepaald in de volgende zin – en de *verzekerden* mogen, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de *verzekeraar*, noch volledig noch gedeeltelijk afzien van hun rechten op verhaal ten gunste van wie dan ook. De *verzekeraar* treedt enkel niet in de plaats van de *verzekeringssnemer* indien deze laatste in zijn naam reeds een afstand van verhaal heeft gedaan voor het voorvallen van het schadegeval, alsook indien deze laatste dit contractueel is overeengekomen.

Artikel 11

TERRITORIALE GELDIGHEID

De verzekering geldt over de gehele wereld.

Artikel 12

PREFINANCIERING

De *verzekeringssnemer* moet volgens de wet van 20.07.2007 - vervangen door de bepalingen van de wet van 4 april 2014 ("Verzekeringswet" genoemd) - alle aangesloten personeelsleden schriftelijk of via elektronische weg erop wijzen dat zij de individuele voortzetting van de dekkingen kunnen prefinancieren. Deze prefinanciering geschiedt door de betaling van individuele premies bij een verzekeringsmaatschappij die dit aanbiedt. Op het ogenblik van de individuele voortzetting bij deze verzekeringsmaatschappij, zal de premie berekend worden op basis van de leeftijd van *verzekerde* op het ogenblik van de start van de prefinanciering.

Het eventuele verdere initiatief tot prefinanciering ligt volledig bij de *verzekerde*.

Het ter beschikking stellen van deze polistekst aan de *verzekerden* geldt als informatieverstrekking.

Artikel 13

BESCHERMING PERSOONSgegevens (GDPR)

Voor de verwerking van persoonsgegevens over de gezondheid, moet en zal de formele, uitdrukkelijke en persoonlijke toestemming van de verzekerde gevraagd worden door de *verzekeraar* en/of *beheerder*. De *verzekeraar* en de *beheerder*, handelen elk als onafhankelijke verwerkingsverantwoordelijke in de betekenis van de GDPR.

Deze polis wordt ter beschikking gesteld via de pagina's van het intranet van de UGent en de website van de UGent specifiek gewijd aan de collectieve beroepsgebonden hospitalisatiepolis van de UGent. De verzekeringsnemer verwijst op deze UGent-pagina's verder naar de privacyverklaring van zowel de *verzekeraar* als de *beheerder*.

[1.1.Allianz Benelux - Uw verzekeraar](#)

Waarom gebruiken de *verzekeraar* de persoonsgegevens van (kandidaat)verzekerden ?

We verzamelen en verwerken de persoonsgegevens uitsluitend voor de volgende doeleinden:

- de evaluatie van de risico's die het contract verzekert,
- het beheer van de commerciële relatie,
- het beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen,
- het toezicht op het evenwicht van de verzekeringsportefeuille van onze onderneming,
- de preventie van misbruik en verzekeringsfraude,
- de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden,
- de verplichte verstrekking van informatie over de verzekerings situatie aan de belasting-, socialezekerheids- of controleautoriteiten.

Op welke rechtsgronden mag de *verzekeraar* de persoonsgegevens verwerken?

Voor elke hierboven vermelde doelstelling worden de gegevens verzameld en verwerkt in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van persoonsgegevens en andere nationale wetgevingen zoals, bijvoorbeeld, de wet op het statuut van en het toezicht op verzekerings- of herverzekeringsonderneming en van 13 maart 2016 of de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen, en dit op de volgende rechtsgronden:

- De verwerking van de gegevens die noodzakelijk zijn voor de evaluatie van de risico's die het contract verzekert, het beheer van de commerciële relatie en ook het beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen, wordt gerechtvaardigd door de uitvoering van verzekeringsovereenkomst. De verwerking van

medische gegevens is ook wel noodzakelijk voor de uitvoering van de overeenkomst, maar stoelt op de toestemming van de betrokken persoon.

- De verwerking van gegevens die noodzakelijk zijn voor het toezicht op het evenwicht van de verzekeringsportefeuille van onze onderneming, de preventie van misbruik en verzekeringsfraude en de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden, berust op ons gerechtvaardigd belang van verwerkingsverantwoordelijke.
- De gegevensoverdracht in het kader van de verplichte verstrekking van informatie over de verzekerings situatie aan de belastings-, sociale zekerheids- of controleautoriteiten, wordt gerechtvaardigd door de geldende wettelijke en fiscale bepalingen.

Geen enkele wettelijke bepaling verplicht (kandidaat)verzekerden ertoe de *verzekeraar* hun persoonsgegevens te verstrekken of te laten verwerken. Maar als zij de *verzekeraar* die gegevens niet verstrekken, zal de *verzekeraar* hun aansluiting en eventuele schadegevallen niet kunnen verwerken.

Er wordt uitdrukkelijk bepaald dat de data van de verzekerden niet voor doeleinden van direct marketing gebruikt zullen worden.

Aan wie worden de persoonsgegevens overgedragen?

Deze gegevens worden gedeeld met sommige van onze diensten de *verzekeraar* binnen het strikte kader van hun taken. Het gaat om medewerkers van de diensten contractbeheer of schadegevallen, de juridische dienst en compliance (controle van de conformiteit), de dienst interne audit, actuariële diensten, financiële en budgettaire controle en adviserende geneesheren. Binnen de afgebakende context van de opgesomde doelstellingen en voor zover noodzakelijk, deelt de *verzekeraar* deze persoonlijke gegevens ook met de makelaar, de herverzekeraar van de *verzekeraar*, de externe auditeurs van de *verzekeraar*, deskundigen, de ombudsman van de verzekeringen, juridisch adviseurs en onderaannemers (inclusief de beheerder van de verzekeringsovereenkomst) en met de Belgische of buitenlandse administraties (pensioenen, Belgische of buitenlandse belastingoverheden in het raam van reportingverplichtingen FATCA en CRS van de *verzekeraar*, sociale zekerheid, controleoverheden). Om veiligheidsredenen en om de gegevens op te slaan of de informaticatoepassingen van de *verzekeraar* te beheren, moet de *verzekeraar* deze persoonsgegevens soms overdragen aan een andere gespecialiseerde vennootschap van de Groep Allianz binnen of buiten de Europese Unie. De Groep Allianz heeft voor deze overdrachten zeer strenge regels bepaald die werden goedgekeurd door de overheden voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en die Allianz Benelux naleeft. Deze regels maken de verbintenis uit die de Groep Allianz en Allianz Benelux zijn aangegaan om de verwerking van de persoonsgegevens op een correcte manier te beschermen, waar die zich ook bevinden.

Welke rechten hebben (kandidaat)verzekerden op het gebied van hun persoonsgegevens?

- het recht van toegang,
- het recht die te laten verbeteren indien zij onjuist of onvolledig zijn,
- het recht die te laten wissen in bepaalde omstandigheden, bijvoorbeeld wanneer zij

niet langer noodzakelijk zijn voor het doel dat werd nagestreefd bij hun inzameling of verwerking,

- het recht op beperking van de verwerking in sommige omstandigheden, bijvoorbeeld de beperking van het gebruik van gegevens waarvan zij de juistheid betwisten in de periode waarin wij die moeten controleren,
- het recht een klacht in te dienen bij de bevoegde overheid,
- het recht zich te verzetten tegen de verwerking,
- het recht op overdraagbaarheid van hun persoonsgegevens, meer bepaald het recht om hun persoonsgegevens in een gestructureerde gangbare en leesbare vorm te verkrijgen of die onmiddellijk aan een andere verwerkingsverantwoordelijke over te dragen.
- het recht om hun instemming met de verwerking van hun gegevens op elk moment in te trekken.

Bewaring van de persoonsgegevens

De *verzekeraar* bewaart de persoonsgegevens zolang als noodzakelijk voor de hoger aangehaalde doelstellingen of zolang een wet dat eist. De bewaartermijn van contractgegevens of gegevens over schadebeheer eindigt na afloop van de wettelijke verjaringstermijn die volgt op de afsluiting van het laatste schadegeval dat gedekt is door de verzekeringsovereenkomst. Meer informatie over het beleid van de *verzekeraar* rond gegevensbescherming is beschikbaar op de website: <https://allianz.be/nl/prive/bescherming-persoonsgegevens.html>.

1.2.Vanbreda Risk & Benefits - beheerder

Waarom gebruikt de *beheerder* de persoonsgegevens van (kandidaat)verzekerden?

De *beheerder* verzamelt en verwerkt de persoonsgegevens uitsluitend voor de volgende doeleinden:

- het beheer van de commerciële relatie
- het beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen
- de preventie van misbruik en verzekeringsfraude,
- de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden,
- de verplichte verstrekking van informatie over uw verzekeringssituatie aan de belastings-, socialezekerheids- of controleautoriteiten.

Op welke rechtsgronden mag de *beheerder* de persoonsgegevens verwerken?

Voor elke hierboven vermelde doelstelling worden de gegevens verzameld en verwerkt in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van persoonsgegevens en de andere geldende nationale wetgevingen, en dit op de volgende rechtsgronden:

- De verwerking van de gegevens die noodzakelijk zijn voor het beheer van de commerciële relatie en ook beheer van de verzekeringsovereenkomst en/of de eventuele schadegevallen, wordt gerechtvaardigd door de uitvoering van verzekeringsovereenkomst. De verwerking van medische gegevens is ook wel noodzakelijk voor de uitvoering van de overeenkomst, maar stoelt op de toestemming van de betrokken persoon.

- De verwerking van gegevens die noodzakelijk zijn voor de preventie van misbruik en verzekeringsfraude en de terugvordering van schadekosten bij aansprakelijke derden, berust op ons gerechtvaardigd belang van verwerkingsverantwoordelijke.
- De gegevensoverdracht in het kader van de verplichte verstrekking van informatie over de verzekeringssituatie aan de belastings-, socialezekerheids- of controleautoriteiten, wordt gerechtvaardigd door de geldende wettelijke en fiscale bepalingen.

Geen enkele wettelijke bepaling verplicht (kandidaat)verzekerden ertoe de *beheerder* hun persoonsgegevens te verstrekken of te laten verwerken. Maar als zij de *beheerder* die gegevens niet verstrekken, zal de *beheerder* hun aansluiting en eventuele schadegevallen niet kunnen beheren.

Aan wie worden de persoonsgegevens overgedragen?

Deze gegevens worden gedeeld met sommige van de diensten van de *beheerder* binnen het strikte kader van hun taken. Het gaat om medewerkers van de diensten contractbeheer of schadegevallen, de juridische dienst en compliance en de dienst interne audit. Binnen de afgebakende context van de opgesomde doelstellingen en voor zover noodzakelijk, deelt de *beheerder* die persoonlijke gegevens ook met uw *verzekeraar*, de auditeurs van de *beheerder*, deskundigen, juridisch adviseurs en met de Belgische of buitenlandse administraties (Belgische of buitenlandse belastingoverheden in het raam van reportingverplichtingen FATCA en CRS van de *beheerder*, sociale zekerheid, controleoverheden). Alle nuttige informatie en meer bepaald die over de manier waarop de *beheerder* de persoonsgegevens verwerkt, over de rechten die (kandidaat)verzekerden kunnen uitoefenen en de informatie over de duur over de gegevensbewaring, vindt u in de privacyverklaring van de *beheerder* op: <https://www.vanbreda.be/nl/privacy/>.

1.3. [Vragen, uitoefening van rechten en klachten](#)

Vragen en uitoefening van rechten

Om doeltreffend en snel te werken, kunnen (kandidaat)verzekerden hun vragen over de verwerking van hun persoonsgegevens rechtstreeks naar de *beheerder* van de verzekeringsovereenkomst sturen:

- ofwel via e-mail naar privacy@vanbreda.be,
- ofwel per post naar het adres: Vanbreda Risk & Benefits, Plantin & Moretuslei 297 te 2140 Antwerpen, België.

Indien zij dat wensen kunnen zij hun vragen ook rechtstreeks naar Allianz Benelux sturen:

- ofwel via e-mail naar privacy@allianz.be,
- ofwel per post naar het adres: Allianz Benelux NV, Juridische dienst en compliance/Gegevensbescherming, Koning Albert II-laan, 32, 1000 Brussel, België.

Het is van belang dat zij bij hun vraag een bewijs voegen van hun identiteit als aanvrager, of zelfs een doorgestreepte recto versokopie van hun identiteitskaart.

Klachten over de verwerking van de persoonsgegevens

Elke klacht over de verwerking van de persoonsgegevens kan naar de bovenstaande post- en mailadressen gestuurd worden, of naar de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, www.privacycommission.be.

Artikel 14.

KLACHTEN EN CONFLICTEN

14.1 Klachtenbehandeling

Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. De rechtbanken van het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen (afdeling Gent) zijn bevoegd.

Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan de klachtendienst van de *beheerder*, Vanbreda Risk & Benefits, Plantin & Moretuslei 297 te 2140 Antwerpen, complaints@vanbreda.be. Indien u niet tevreden bent na het antwoord van de dienst Klachtenbeheer, kan u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen: de Meeûssquare 35, 1000 Brussel, tel. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, info@ombudsman-insurance.be, www.ombudsman-insurance.be. Allianz Benelux is als *verzekeraar* verplicht deel te nemen aan een procedure van buitengerechtelijke regeling van consumentengeschillen. De Ombudsdienst van de Verzekeringen is een gekwalificeerde entiteit om een oplossing te zoeken voor een verzekeringsgeschil buiten het gerechtelijk systeem om.

14.2 Preventie van belangenconflicten

De *verzekeraar* en de beheerder willen belangenconflicten voorkomen die het onderschrijvingsproces, het beheer en de uitvoering van de verzekeringsovereenkomsten kan verstoren. Wat is een belangenconflict? Elke situatie die strijdig is of zou kunnen zijn met de belangen van de kandidaat-verzekeringnemer omdat belangen die verschillen van de zijne (bv.: die van de *verzekeraar* of de tussenpersoon) hem ertoe zouden kunnen aanzetten een overeenkomst af te sluiten of een dienst te genieten die niet met zijn belangen strookt. Het preventiebeleid van de *verzekeraar* heeft als doel belangenconflicten op te sporen, te onderzoeken en te vermijden. U kunt elk belangenconflict melden via e-mail: complaints@vanbreda.be.