Collectieve verzekering "Gezondheidszorgen"
Wie is verzekerd als hoofdverzekerde?

Alle statutaire personeelsleden, personeelsleden op proef en met een contract van onbepaalde duur worden aangesloten bij de collectieve verzekering onderschreven bij de verzekeringsmaatschappijen AXA BELGIUM & AXA ASSISTANCE. Nieuwe collega's worden aangesloten vanaf de datum van hun indiensttreding. Personeelsleden in tijdelijk contract(en) kunnen aansluiten van zodra ze 6 maand in dienst zijn.

Wie kan eveneens aangesloten worden als nevenverzekerde?

Ook (brug-)gepensioneerden of personen in SWT kunnen de verzekering behouden indien ze instemmen met de ononderbroken verderzetting van de verzekering bij stopzetting van de professionele activiteit.
Elke verzekerde werknemer kan ook de aansluiting vragen voor de leden van zijn gezin. Het betreft de partner van de hoofdverzekerde en zijn/haar (klein)kinderen verblijvend op hetzelfde domicilieadres en/of waarvoor de titularis de wettelijke voogdij heeft.

In geval van overlijden van de hoofdverzekerde, zullen de nevenverzekerden kunnen blijven genieten van de garanties in het contract, zolang de langstlevende levenspartner niet hertrouwt of een daarmee gelijkgestelde verbintenis aangaat.
De premie voor deze nevenverzekerde is ten eigen laste.

Zijn er medische formaliteiten/wachttijd?

Alle medewerkers worden aangesloten zonder medische formaliteiten, zonder wachttijden en zonder uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen. Dit geldt eveneens voor gezinsleden wiens aansluiting wordt aangevraagd binnen de drie maanden na de aanvang van de waarborg voor de hoofdverzekerde of volgend op de wijziging van gezinssamenstelling. Bij laattijdige aansluiting is er een wachttijd van 3 maanden (behalve bij ongeval of infectieziekte).

Wat is verzekerd?

De waarborg hospitalisatie

Bij een ziekenhuisopname (en one day clinic), wegens een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling, betaalt de verzekeraar de verzorgingskosten terug, voor zover deze verstrekt werden tijdens het verblijf in een erkend ziekenhuis of een erkende palliatieve instelling.

Voor medisch noodzakelijke kosten in het ziekenhuis worden volgende kosten onbeperkt terugbetaald (rekening houdend met eventuele vrijstelling):

a) voor zover er een wettelijke tegemoetkoming is van het ziekenfonds:
- ✓ verblijfskosten;
- ✓ erelonen, medische en paramedische prestaties;
- ✓ farmaceutische producten,
- ✓ prothesen en orthopedische toestellen;
- ✓ palliatieve zorg in het ziekenhuis;
- ✓ thuisbevalling;
- ✓ plastische herstelheelkunde
- ✓ wiegendoodtest;
- ✓ chirurgie- en verdovingskosten;
- ✓ kosten voor het gebruik van de operatie- en de bevallingskamer;
- ✓ tandheelkundige zorgen, tandprothesen (niet esthetisch);
- ✓ medische kosten van de pasgeborene tijdens de ziekenhuisopname van de moeder bij een gewaarborgde bevalling, (incl. medische kosten voor afname stamcellen);
- ✓ Extramurale oogchirurgie (600 euro/persoon/per ingreep)

b) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, worden volgende kosten vergoed;
- ✓ viscerosynthese- en endoprothesemateriaal;
- ✓ niet-herbruikbaar materiaal dat tijdens een chirurgische ingreep gebruikt wordt;
- ✓ geneesmiddelen die niet vergoedbaar zijn;
- ✓ alternatieve behandelingen*;
- ✓ verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
- ✓ aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis, vervoer tijdens de ziekenhuisopname, het medische urgentieteam;
- ✓ verblijfskosten van de orgaandonor;
- ✓ verblijf (rooming-in) van een ouder in de kamer van een kind jonger dan 18 jaar;
- ✓ mortuariumkosten;
- ✓ de kosten voor psychische of psychiatrische behandeling;
- ✓ verblijfskosten in een eenheid voor palliatieve zorg.

De waarborg pré- en post-hospitalisatie

In de periode van 90 dagen vóór de opname tot 180 dagen na de opname worden volgende kosten onbeperkt terugbetaald (rekening houdend met eventuele vrijstelling):

a) voor zover er een wettelijke tegemoetkoming is van het ziekenfonds:
- ✓ medische en paramedische prestaties;
- ✓ geneesmiddelen;
- ✓ kosten van medische verzorging van de donor
- ✓ medische hulpmiddelen, protheses en kunstledematen;
- ✓ kraamhulp (max 500€/12dagen)
- ✓ verzorgingskosten in een revalidatiecentrum.

b) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend, worden volgende kosten vergoed;
- ✓ de geneesmiddelen die niet vergoedbaar zijn;
- ✓ alternatieve behandelingen (voorgeschreven) *;
- ✓ verbanden en medisch materiaal**;
- ✓ aangepast vervoer indien medisch vereist;

Dit voor zover bovenstaande kosten in rechtstreeks verband staan met de ziekenhuisopname.

De waarborg Ambulante Zorgen Zware Ziekten:

Worden eveneens terugbetaald, zonder beperking in de tijd en ongeacht of men hiervoor in het ziekenhuis wordt opgenomen, de kosten van ambulante zorg die rechtstreeks verband houden met de volgende ernstige ziekten:

Kanker, Leukemie, Tuberculose, Multiple Sclerose, Amyotrofische Laterale Sclerose, ziekte van Parkinson, difteritis, poliomyelitis, meningitis-cerebrospinalis, pokken, ebola, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, ziekte van Hodgkin, lymfogranulomatose, aids, virale hepatitis, roodvonk, suikerziekte, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, malaria, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Hachimoto, klierziekte, pancreatitis, scrofulose, brucellose, syndroom van Treacher Collins, epilepsie, progressieve spierdystrofie, sarcoïdose, tyfus (vlektyfus, tyfuskoorts, paratyfus, buiktyfus), Ziekte van Lyme, Non Hodgkin Lymphoon, Myopathie.

a) Voor zover er een wettelijke tegemoetkoming is van het ziekenfonds:
- ✓ speciale behandelingen, analyses en onderzoeken, genoodzaakt door de ziekte;
- ✓ medische prestaties, erelonen en ereloonsupplementen;
- ✓ paramedische prestaties;
- ✓ huurkosten van allerlei materiaal;
- ✓ de geneesmiddelen.

b) Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming wordt verleend:
- ✓ de geneesmiddelen die niet vergoedbaar zijn of onder de categorie D van de RIZIV-nomenclatuur opgenomen zijn;
- ✓ de vervoerskosten (500€/verzekerde/jaar);
- ✓ voorgeschreven alternatieve behandelingen*:
- ✓ farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen**
- ✓ alle andere kosten waarmee de verzekeraar vooraf heeft ingestemd;
- ✓ kosten van pruiken en uitwendige borstprothesen.

**homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur*

***met uitsluiting van elk type van product dat ook in de niet-medische handel algemeen te verkrijgen is*

Wat is het bedrag van de tussenkomst?

De verzekering waarborgt de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg zonder enig plafond, voor zover deze kosten aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming en binnen de eventuele plafonds zoals in deze brochure opgenomen onder “Wat is verzekerd”.

Voor de kosten waarvoor er geen wettelijke tegemoetkoming verleend wordt geldt een volledige tussenkomst van kosten van viscerosynthese- en endoprothesemateriaal en het niet-herbruikbaar materiaal gebruikt tijdens een chirurgische ingreep en een tussenkomst van 50 % voor de alternatieve behandelingen*****
De terugbetalingen medisch begeleide voortplanting wordt volledig gewaarborgd met een maximum van zes behandelingen en op voorwaarde dat één verzekerde minstens 24 maanden op deze verzekering is aangesloten.

Waarborgformule/vrijstelling?

Basisformule
Deze formule waarborgt GEEN tussenkomst in de supplementen eigen aan een éénpersoonskamer.
Uitgebreide formule
Deze formule voorziet wel in de terugbetaling van de supplementen eigen aan een éénpersoonskamer.
Vrijstelling
De vrijstelling (of franchise) bedraagt 75,00 euro per verzekerde en per kalenderjaar. Deze vrijstelling is slechts van toepassing voor de opname in een éénpersoonskamer.
Wijziging formule
Gedurende de totale looptijd van de verzekering kan de titularis met zijn gezin 2 keer van waarborgformule wijzigen. De verzekerde dient dit schriftelijk kenbaar te maken aan de verzekeraar vóór 15 december van het lopende jaar. De aanpassing van de waarborg geldt vervolgens vanaf de volgende vervaldag*******

Kosten in het buitenland?

De waarborg ziekenhuisopname is uitgebreid tot het buitenland voor de dringende en onvoorzienbare ziekenhuisopnames.
AXA komt slechts tussen binnen bovenstaande contractuele voorwaarden na de tussenkomst van het ziekenfonds (bij gebrek aan een wettelijke tussenkomst zal een bedrag gelijk hier aan worden afgehouden).
Voor geplande hospitalisaties dient vooraf een akkoord te worden verkregen van het ziekenfonds en AXA.
Bijstand
Verzekerden kunnen via medi-assistance beroep doen op: medische bijstand ter plaatse, administratieve ondersteuning, repatriëring van de verzekerde en verzekerde gezinsleden, repatriëring van eventueel stoffelijk overschot.

******** *In geval van uitbreiding van de formule geldt deze uitbreiding voor gepland hospitalisaties pas na een wachttijd van 3 maanden.*

Premies *(mogelijke afrondingen)*

Bruto jaarpremie (incl. RIZIV-bijdrage)	basisformule	Uitgebreide formule
tot en met 20 jaar	30,36	53,06
vanaf 21 t.e.m. 49 jaar	63,76	151,67
vanaf 50 t.e.m. 67 jaar	97,15	234,56
vanaf 68 jaar	331,45	610,50

Wat te doen in geval van schade?

Een verzekerde die een hospitalisatie voorziet, neemt contact met het servicecenter van AXA ASSISTANCE met de gegevens vermeld op zijn kaart Medi-Assistance en ontvangt telefonisch advies over:
- ✓ de waarborgen van zijn contract
- ✓ de tenlasteneming door AXA ASSISTANCE
- ✓ de derde-betalersregeling met het ziekenhuis
- ✓ bijstand in het buitenland

Tel: **078/ 15 57 50**



Het service center stuurt een bevestiging van de tenlasteneming en de derdebetalersregeling naar de verzekerde en naar het ziekenhuis. Dankzij de derde-betalersregeling regelt de maatschappij de factuur rechtstreeks met het ziekenhuis en dient de klant hiervoor geen formaliteiten meer te vervullen. Bij dringende opnames zal de maatschappij later worden verwittigd.
Pre- en post zorgen kunnen gemaild worden naar:
medischekosten@axa-assistance.com

Wenst u bijkomende informatie?: **www.axa.be/hospitalisatie**
Ontdek ook uw persoonlijke online tool. Surf naar www.myaxahealthcare.be en meld u aan met uw polisnummer.
Via deze tool kan u:
- ✓ 24/7 een hospitalisatie aangeven;
- ✓ medische kosten doorsturen;
- ✓ een verzekeringsattest of medi-assistance kaart downloaden;
- ✓ je dekking en persoonlijke gegevens raadplegen,…



Collectieve verzekering “Gezondheidszorgen”

Woon- en Zorgbedrijf Wervik



Deze brochure is louter informatief zonder juridisch bindende waarde.

Inter Partner Assistance NV
Lid van de AXA Groep
Louizalaan 166, B 1 - 1050 Brussel - België
Iban: BE84 3101 8018 4559
Bic: BBRUBEBB - ING 310 1801845 59
RPR Brussel- BE 0415.591.055
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenummer 0487

AXA Belgium NV
Verzekeringsonderneming toegelaten onder het nr. 0039
(KB 04-07-1979, BS 14-07-1979)
Troonplein 1 – B-1000 Brussel
KBO nr.: BTW BE 0404.483.367 RPR Brussel