

GEZONDHEIDSZORG VERZEKERING



ING
Polis nummer 85.499.110

Editie: 1 januari 2023



INHOUDSTAFEL

	Blz.
Hoofdstuk I - Definities	4
Hoofdstuk II - Aansluiting – Aanvang – Wachtijd – Wijzigingen – Schorsing – Einde van de waarborg	6
Aansluiting	6
Bijzondere aansluitingsvoorwaarden	6
Aanvang	6
Wachtijd	7
Wijzigingen	7
Schorsingen	7
Einde van de waarborg	8
Hoofdstuk III - Tegemoetkomingen	9
Dekking in België	10
Dekking in het buitenland	13
Bijzondere voorwaarden	13
Hoofdstuk IV - Algemene uitsluitingen	15
Hoofdstuk V - Voorschriften voor uitbetaling	16
Betaling van de premies	17
Hoofdstuk VI - Bijzondere bepalingen	18

Hoofdstuk I Definities

ARTIKEL 1

- 1.1.** Voor de interpretatie van de algemene, bijzondere en specifieke bepalingen zijn de onderstaande definities van toepassing.
- 1.2.** Verzekerden zijn de personen van wie de identiteit op het aansluitingsformulier is vermeld.
- 1.2.1. De titularis is het personeelslid, in actieve dienst of gepensioneerd, van ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch.
- 1.2.2. De andere verzekerden zijn elk gezinslid, beantwoordend aan de onderstaande criteria, van de titularis, mits voorlegging, in geval van twijfel, van een attest van de gemeentelijke overheid m.b.t. de samenstelling van het gezin of van uittreksels uit de geboorteakten ter staving van de verwantschap.

Dit zijn uitsluitend

- 1.2.2.1. De wettige levenspartner.
- 1.2.2.2. De feitelijke levenspartner.
Het begrip feitelijke levenspartner verwijst naar twee partners die samenleven onder hetzelfde dak en gedomicilieerd zijn op hetzelfde adres.
- 1.2.2.3. De kinderen van de titularis tot hun 25ste verjaardag.
- 1.2.2.4. De kinderen van de wettige levenspartner tot hun 25ste verjaardag voor zover zij gedomicilieerd zijn bij de titularis.
- 1.2.2.5. De kinderen van de feitelijke levenspartner tot hun 25ste verjaardag voor zover zij gedomicilieerd zijn bij de titularis. De aansluiting gebeurt volgens dezelfde regels van betalende wachttijd en aangifte als voor de feitelijke levenspartner.
- 1.2.2.6. Elke persoon (met inbegrip van de kinderen vermeld in art. 1.2.2.3 tot en met 1.2.2.7 na hun 25ste verjaardag) met een familieband met de titularis en die zowel gedomicilieerd is bij de titularis als fiscaal ten diens laste is. Dit geldt na hun 25ste verjaardag eveneens voor de kinderen vermeld in de artikels 1.2.2.3 en 1.2.2.7 die, ten gevolge van de feitelijke scheiding of de echtscheiding, gedomicilieerd zijn bij en fiscaal ten laste zijn van de ex-partner van de titularis.
- 1.2.2.7. De pleegkinderen gedurende de plaatsing in het gezin van de titularis en tot hun 25ste verjaardag.
- 1.2.2.8. De in artikels 1.2.2.3 tot 1.2.2.7 vermelde kinderen – zonder leeftijdslimiet en zonder verplichting om gedomicilieerd te zijn bij de titularis noch om fiscaal ten diens laste te zijn - die lijden aan een ernstige ziekte (zie artikel 1.12) als dusdanig aangegeven aan MedExel vóór hun 25^{ste} verjaardag.
- 1.3.** Elke opname van minstens 1 dag en 1 nacht in een ziekenhuis waarvoor remgeld is verschuldigd, wordt als Ziekenhuisverblijf beschouwd. Met ziekenhuis wordt elke door het FOD Volksgezondheid erkende instelling bedoeld die gebruik maakt van diagnoses en wetenschappelijk geteste therapieën, met uitsluiting van one day clinic, kuren, medisch-pedagogische inrichtingen, homes voor bejaarden, herstellenden of kinderen, rusthuizen en/of verpleegthuizen (R.V.T.).
- 1.4.** Het begrip Geneeskundige Prestatie verwijst naar de lijst van de medische en paramedische handelingen opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.
- 1.5.** Onder Farmaceutica moet elke geneesmiddel en magistrale bereidingen, ondergebracht bij FOD Volksgezondheid, worden verstaan.
- 1.6.** Een Ongeval is een plotse gebeurtenis die onafhankelijk van de wil van de aangesloten persoon optreedt en een lichamelijk letsel veroorzaakt, waarvan de oorzaak of een van de oorzaken zich buiten het menselijk lichaam bevindt. Dit ongeval moet traumatische letsels hebben veroorzaakt, waarvan de behandeling onder de huidige bepalingen valt.
- 1.7.** Onder Operatie moet worden verstaan:
- een RIZIV-erkende prestatie uitgevoerd door een geneesheer of een tandarts (LTH);
 - met een therapeutisch en/of diagnostisch doel;
 - die een insnijding in en/of het verwijderen van weefsel vereist.

- 1.8.** Onder Prothesen moet worden verstaan elk op medisch voorschrift te verkrijgen kunstmatig materiaal, met het oog op de definitieve vervanging van een onvoldoende werkend of geamputeerd orgaan of lichaamsdeel.
- 1.9.** Met Grensbewoners worden de titularis en de gezinsleden bedoeld die hun domicilie of vaste verblijfplaats in een aan België grenzend land hebben en tewerkgesteld zijn in een vestiging van ING België NV in België.
- 1.10.** Onder Ernstige Ziekten wordt verstaan: kanker, leukemie, multiple sclerose, AIDS, diabetes, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Crohn, tetraplegie, hypoglycemie, de ziekte van Huntington, goedaardige cerebrale gezwellen, spondylitis ankylopoietica, behandeling door nierdialyse alsook de transplantatie van een volledig orgaan (operatie die bestaat in de overplanting van een bij een levende donor weggenomen orgaan, waarbij de bloedvaten en excretiekanalen worden verbonden, om een deficiënt orgaan definitief te compenseren), de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Creutzfeld-Jacob, paraplegie, hemiplegie, de ziekte van Bechterew, pelvispondylitis ossificans rheumatica, de ziekte van Pierre Marie-Strümpell, spondylitis rhizomelica, sclerodermie, dermatomyositis, het non-Hodgkin lymfoom, amyotrofische lateraal sclerose, de ziekte van Charcot, regresserende chronische polychondritis, relaps polychondritis, gegeneraliseerde kraakbeenverwerking van Von Meyenberg, het syndroom van Askanasy, de ziekte van Charcot-Marie-Tooth, neurale spieratrofie van de extremiteiten, de ziekte van Still, de ziekte van Chauffard-Still, myasthenia gravis van Erb-Goldflam, het VACTERL syndroom, het Lambert- Eaton myastheen syndroom, polymyositis, ziekte van Kahler, multiple myeloom, facio-scapulo humerale spierdystrofie, idiopathische longfibrose, pyoderma gangrenosum, anorexia nervosa, epilepsie, hepatitis C, lupuserythematoze, transverse myelitis, ziekte van Guillain-Barré, abces van Haagensen en colitis ulcerosa (ulceratieve colitis), lupus, cholera, difterie, encephalitis, cerebrospinale meningitis, ziekte van Pompe, roodvonk, tetanus, tuberculose, tyfus, exanthermateuze tyfus, paratyfus, pokken, myelofibrose, ergelijke progressieve myopathieën, Treacher-Collins syndroom en Covid-19.
- Deze aandoeningen moeten aangegeven worden door een geneesheer-specialist in deze materie.
- 1.11.** Onder Medisch Geassisteerde Procreatie (MGP) verstaan we verschillende medische technieken met als onmiddellijke doelstelling de bevruchting van de voortplantingscellen van een koppel.
- 1.12.** Onder Samenlevingscontract verstaan we de wettelijke registratie van samenwonen (op het stad- of gemeentehuis) als alternatief voor het huwelijk.
- Het samenlevingscontract onderschreven bij een notaris of een eenvoudig attest met de gezinssamenstelling zijn niet geldig, tenzij ze aangevuld werden op het stad- of gemeentehuis met de wettelijke registratie van samenwonen.

Hoofdstuk II Aansluiting – Aanvang – Wachtijd – Wijzigingen – Schorsing – Einde van de waarborg

ARTIKEL 2 AANSLUITING

Zijn aansluitbaar

- 2.1.** Elke titularis die een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd heeft met ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch voor een tewerkstelling bij deze laatste en aan de Belgische Sociale Zekerheid of een equivalent stelsel is onderworpen.
- De aansluiting is enkel mogelijk voor zowel de titularis als de andere verzekerden, terwijl de titularis nog effectieve (of ermee gelijkgestelde) arbeidsprestaties bij ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch levert.
- 2.2.** Elke verzekerde die beantwoordt aan de bepalingen van artikels 1.2.2 en 2.1.
- Desalniettemin gebeurt de aansluiting van de feitelijke levenspartner steeds ten nadele van de eventuele wettige levenspartner. De titularis kan maar één partner aansluiten.
- 2.3.** Op hun verzoek, de leden van het Directiecomité van de ING België NV en de verzekerbare gezinsleden (zie art. 1.2.2. en 2.1.)

ARTIKEL 3 BIJZONDERE AANSLUITINGSVOORWAARDEN

De titularis kan ofwel **ALLEEN** aansluiten ofwel met **ALLE** personen die deel uitmaken van zijn gezin.

De titularis is als enige gemachtigd om de gezinsleden aan of af te sluiten.

Zijn echter niet verplicht aansluitbaar

- 3.1.** De in artikels 1.2.2.3 tot 1.2.2.5 vermelde descendents die niet of niet meer fiscaal ten laste zijn van de titularis. Deze afsluiting zal slechts op uitdrukkelijk verzoek van de titularis worden ingewilligd.
- 3.2.** De in artikel 1.2.2.3 vermelde descendents die niet of niet meer gedomicilieerd zijn bij de titularis. Deze afsluiting zal slechts op uitdrukkelijk verzoek van de titularis worden ingewilligd.
- 3.3.** De gezinsleden van de titularis die de mogelijkheid hebben of verplicht zijn een verzekering te nemen, voor een gelijkaardige dekking als deze verzekering voor hospitalisatie en ambulante zorgen, bij een werkgever waarmee zij een arbeidsovereenkomst hebben. Deze afwijking geldt slechts na voorlegging van een attest van de werkgever.
- 3.4.** De wettige levenspartner, waar ook gedomicilieerd, tijdens de feitelijke maar vóór de wettelijke scheiding. Als de titularis, tijdens dit interval, een feitelijke levenspartner wenst aan te sluiten, zal dit gebeuren ten nadele van de feitelijk gescheiden wettige levenspartner.
- 3.5.** Overeenkomstig artikel 3, alinea 2 van de CAO van 23.12.2014 betreffende de oprichting van een hospitalisatieverzekering vanaf 1.04.2015, ieder actief personeelslid van ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch (met een tewerkstelling bij deze laatste), of hij al dan niet aangesloten was bij het MHF op 31.03.2015, en die beantwoordt op 1.04.2015 aan de aansluitingsvoorwaarden (art. 2.1.) heeft de mogelijkheid om te opteren, respectievelijk, voor het behoud van zijn aansluiting bij het MHF (in de vorm van een hospitalisatieverzekering) of voor zijn aansluiting bij het MHF (in de vorm van een hospitalisatieverzekering), en deze op basis van de modaliteiten van het huidige reglement.

ARTIKEL 4 AANVANG

De aansluiting neemt een aanvang de eerste dag van de maand volgend op die waarin de titularis het aansluitingsformulier heeft ondertekend.

ARTIKEL 5 WACHTTIJD

- 5.1.** Vooraleer op de dekking van deze verzekering aanspraak kan worden gemaakt, moet een wachttijd van 6 maanden worden vervuld. Die begint op de dag van de aansluitingsdatum. De gezinsleden van de titularis, zelfs indien ze beantwoorden aan de criteria in artikel 5.2, die tijdens de wachttijd van de titularis aansluiten moeten eveneens de voorziene wachttijd doorlopen.

De feitelijke levenspartner in het artikel 1.2.2.2 zal een wachttijd van 6 maanden moeten vervullen.

5.2. Vrijstelling van wachttijd

Behalve indien zij het schriftelijk weigeren, worden de titularissen en de gezinsleden automatisch en zonder wachttijd aangesloten bij de aanvang van de contractuele relaties met ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch (met een tewerkstelling bij deze laatste). Toch moet binnen de twee maanden het inschrijvingsformulier verplicht ingevuld en doorgestuurd worden naar MedExel.

Voor zover de titularis de wachttijd heeft beëindigd en de aansluiting binnen de twee maanden na de gebeurtenis gevraagd wordt, worden de gezinsleden zonder wachttijd aangesloten ter gelegenheid van:

- de geboorte of de definitieve adoptie door de titularis (art. 1.2.2.3 tot 1.2.2.5);
- de plaatsing van het pleegkind (art. 1.2.2.7);
- het huwelijk van de titularis (art. 1.2.2.1, 1.2.2.2, 1.2.2.4, en 1.2.2.5);
- de ondertekening van het samenlevingscontract (art. 1.2.2.2 en 1.2.2.5).

ARTIKEL 6 WIJZIGINGEN

- 6.1.** De titularis of de verzekerde gezinsleden (bij overlijden van de titularis) moeten, binnen de maand volgend op de gebeurtenis, MedExel schriftelijk verwittigen van elke wijziging in hun gezinstoestand die een invloed kan hebben op de toekenning van de voordelen of op het bedrag van de betaalde of nog te betalen bijdragen aan MedExel.
- 6.2.** De gezinsleden behouden echter hun recht op de voordelen, voor zover de overlevende partner niet hertrouwd is of niet opnieuw is gaan samenwonen met een andere persoon dan een personeelslid van ING België NV. MedExel is gemachtigd een bewijs van de werkelijke situatie te vragen bij iedere aanvraag om terugbetaling.

ARTIKEL 7 SCHORSINGEN

Het recht op de tegemoetkomingen van MedExel en de storting van de bijdragen van de titularis en de gezinsleden kunnen, op aanvraag van de titularis, geschorst worden tijdens de volledige periode waarin het hoofdlid, in opdracht van ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch, een buitenlandse opdracht vervult.

ARTIKEL 8

De titularis die zich in de artikel 7 bedoelde situatie bevindt, moet MedExel hiervan schriftelijk verwittigen en zijn bijdragen storten tot het einde van de maand waarin de wijziging optreedt, om het recht van de schorsing te verkrijgen.

ARTIKEL 9

Behoudens het in artikel 7 voorzien geval blijft het recht op tegemoetkomingen van MedExel behouden, wanneer de arbeidsovereenkomst met ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch wordt geschorst of onderbroken, voor zover de bijdragen werden vereffend gedurende de schorsings- of onderbrekingsperiode van de arbeidsovereenkomst.

ARTIKEL 10 EINDE VAN DE WAARBORG

- 10.1.** Er kan een einde aan de dekking worden gesteld in geval van een niet-betaling van de bijdragen (na een ingebrekestelling), in geval van intentionele weglating of onjuistheid in hoofde van een verzekerde die ertoe leidt dat MedExel een fout begaat betreffende de elementen om het risico in te schatten, of niet intentionele weglating of onjuistheid in hoofde van een verzekerde wanneer MedExel aantoont dat hij in geen enkel geval het risico zou hebben verzekerd.
- 10.2.** De dekking eindigt automatisch vanaf de einddatum van aansluiting of bij de verbreking van de arbeidsovereenkomst door ontslagneming of afdanking (met uitzondering van afdanking wegens totale en definitieve arbeidsongeschiktheid). De personen die het recht tot aansluiting op de huidige polis verliezen beschikken over de mogelijkheid, op basis van de wettelijke beschikkingen, hun dekking in deze zake verder te zetten door de onderschrijving van een individuele polis.
De dekking blijft gelden voor gepensioneerden en voor werknemers die vervroegd uit dienst treden van ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch volgens alle conventionele formules van vervroegde uittreding (zoals bijvoorbeeld vervroegd pensioen, loopbaanonderbreking, ...).
- 10.3.** Voor de ingediende dossiers van de titularissen en de gezinsleden worden alleen de kosten terugbetaald die effectief tot de afsluiting of de verbrekingsdatum van de overeenkomst werden gemaakt.
- 10.4.** Voor de verzekerden eindigt de waarborg automatisch zodra hun situatie niet meer in overeenstemming is met de reglementaire bepalingen.
- 10.5.** Op vraag van de titularis wordt een aansluitingsattest afgeleverd.

Hoofdstuk III Tegemoetkomingen

ARTIKEL 11

MedExel komt tegemoet in de kosten van de gezondheidszorg voortkomend uit een ziekte, een handicap, een zwangerschap, een bevalling of een ongeval.

ARTIKEL 12

MedExel vergoedt de kosten na aftrek van:

- het bedrag van de wettelijke tussenkomst of een identiek fictief bedrag indien de verzekerde geen aanspraak kan maken op een tussenkomst;
- het bedrag van andere reeds ontvangen tussenkomsten of vergoedingen van elke andere hospitalisatie- of aanvullende verzekering van het ziekenfonds waarbij de verzekerde is aangesloten;
- de vergoedingen ontvangen door alle andere verzekeringen die verondersteld is tussen te komen, binnen de wettelijke beschikkingen.

ARTIKEL 13

Wegens de vergoedingen toegekend in het kader van voorliggend contract, neemt de verzekeraar alle rechten over die de verzekerde heeft:

- tegenover elke verantwoordelijke natuurlijke of rechtspersoon of objectief verantwoordelijke voor het ongeval en diens verzekeraar;
- tegenover de schuldenaar van de vergoedingen vastgelegd krachtens artikel 29bis van de wet van 21 november 1989 op de verplichte aansprakelijkheidsverzekering met betrekking tot de gemotoriseerde voertuigen;
- tegenover elke schuldenaar van vergoedingen en diens verzekeraar.

ARTIKEL 14

Zonder vooroordeel van de beschikkingen voorzien in artikels 12 en 13 mogen de door de huidige polis uitgekeerde vergoedingen de werkelijke gedane kosten niet overschrijden.

- 14.1.** Alleen de titularis heeft recht op de terugbetaling van het dossier.
- 14.2.** Indien de verzekerde een schrijven krijgt van MedExel waarin hem wordt meegedeeld dat het saldo van het dossier negatief is en dat hij een bepaald bedrag dient terug te storten, moet hij dit bedrag eerst vereffenen voordat MedExel hem aanvullingen of andere dossiers zal terugbetalen.
- 14.3.** De terugbetaling van een voorschot van minimum 100,00 euro is beperkt tot een voorschot voor een ziekenhuisverblijf en is maar betaalbaar voor zover de verzekerde nog niet de definitieve afrekening van het ziekenhuis ontvangen heeft.
Dit voorschot wordt, binnen de 6 maanden volgend op de betaling ervan, automatisch teruggevorderd. De verzekerde kan later nog steeds de definitieve afrekening van het ziekenhuis doorsturen.
- 14.4.** MedExel beperkt de tegemoetkoming tot de kosten die rechtstreeks dienen ter behandeling van de ziekte, de handicap, de bevalling of het ongeval. Tenzij expliciet anders vermeld in artikels 15 en 16 zijn de kosten ter behandeling van alle mogelijke gevolgen uitgesloten.
- 14.5.** Elke rechtsvordering die uit deze polis ontstaat, verjaart door verloop van drie jaren, te rekenen van de gebeurtenis waarop ze gegrond is.

15.1. Dekking van de ernstige ziekten

Deze aandoeningen moeten aangegeven worden door een geneesheer-specialist in deze materie.

Dekking ad 100 % van het saldo voor alle door het RIZIV erkende prestaties in geval van opname in een ziekenhuis (met of zonder operatie) en ambulante verzorging. Alleen de kosten die rechtstreeks betrekking hebben op de ziekte zijn gedekt, nl: de farmaceutica tijdens het ziekenhuisverblijf en de gedeeltelijk door het RIZIV terugbetaalde farmaceutica buiten het ziekenhuis, de haarprothese, de verplaatsingen van de patiënt, het huren van materieel, de kosten voor medicijnen die niet vergoedbaar zijn of die opgenomen zijn in de categorie « D » in de RIZIV-nomenclatuur.

Kosten die niet om persoonlijke redenen worden gemaakt gedurende het verblijf in het ziekenhuis worden eveneens gedekt.

De kosten van preventieve onderzoeken zijn eveneens gewaarborgd voor de verzekerden die in het verleden aan een van de in punt 1.10. vermelde ziekten.

Limieten

- Kamer: 197,92 euro per dag.
- Erelonen: 3x de wettelijke tussenkomst.
- Vervoerskosten: terugbetaling bepaald in functie van het kortste traject met om het even welk vervoersmiddel en op basis van het barema van ING Belgium SA/NV wat betreft de kilometervergoeding; indien het vervoer per ziekenwagen is gebeurd, worden de kosten terugbetaald tegen 100 %.

Beperkingen

De ambulante behandelingen die niet onder de 100 % dekking vallen zijn die van artikelen 15.4.1, 15.4.2, 15.4.3, 15.5.1, 15.5.2, 15.5.6, 15.5.7, 15.5.8, 15.5.9, 16.1 en 16.2. Deze behandelingen worden volgens de voorziene regels terugbetaald, zelfs indien ze verband houden met de ernstige ziekte.

Uitbreidingen

- De verblijfkosten van een volwassene bij opname van een kind in een ziekenhuis.
- De kosten van chiropraxie en osteopathie verstrekt in het kader van een behandeling van spondylitis ankylopoietica, de ziekte van Bechterew, pelvispondylitis ossificans rheumatica, de ziekte van Pierre Marie-Strümpell of spondylitis rhizomelica zijn gedekt aan 47,18 euro per zitting.

15.2. Dekking bij ziekenhuisverblijf met of zonder operatie

15.2.1. Tijdens het ziekenhuisverblijf

Dekking ad 100 % van het saldo van alle door het RIZIV erkende prestaties met inbegrip van de farmaceutica, de ziekenwagen, de kosten die niet om persoonlijke redenen worden gemaakt gedurende het verblijf, de verblijfkosten (alleen bed) van een volwassene bij opname van een kind in een ziekenhuis en de bijstand van een kinesitherapeut bij de bevalling.

15.2.2. Buiten het ziekenhuisverblijf

De dekking ad 100 % van het saldo strekt zich uit tot:

- de prestaties, opgenomen in de RIZIV nomenclatuur, voor zover zij verstrekt worden tijdens een interval gaande van 60 dagen vóór tot 180 dagen na het verblijf, 365 dagen na het verblijf als dit het gevolg is van een ongeval;
- de gedeeltelijk door het RIZIV terugbetaalde farmaceutica die verbruikt worden tijdens een interval gaande van 60 dagen vóór tot 180 dagen na het verblijf, 365 dagen in geval van ongeval, de kosten voor medicijnen die niet vergoedbaar zijn of die opgenomen zijn in de categorie « D » in de RIZIV-nomenclatuur.

15.2.3. Limieten op 15.2.1 en 15.2.2.:

- kamer: 141,37 euro per dag;
- erelonen: 3x de wettelijke tussenkomst.

15.3. Dekking bij operatie zonder ziekenhuisverblijf

Dekking van volgende kosten verstrekt in het kader van een door het RIZIV-erkende operatie:

- alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties uitgevoerd in een interval gaande van 60 dagen vóór tot 180 dagen, 365 dagen als deze het gevolg is van een ongeval, na de operatie zijn gedekt aan 100 % maar beperkt tot 3 x de wettelijke tussenkomst;
- de dag van de operatie: uitgezonderd de transportkosten zijn de niet RIZIV-erkende kosten, die geen persoonlijk gebruik zijn, gedekt;

- de gedeeltelijk door het RIZIV terugbetaalde farmaceutische producten die verbruikt worden tijdens een interval gaande van 60 dagen vóór tot 180 dagen na de operatie, 365 dagen als deze het gevolg is van een ongeval, zijn gedekt aan 100 %;
- de kosten voor medicijnen die niet vergoedbaar zijn of die opgenomen zijn in de categorie « D » in de RIZIV-nomenclatuur die verbruikt worden tijdens een interval gaande van 60 dagen vóór tot 180 dagen na de operatie, 365 dagen als deze het gevolg is van een ongeval.

De kosten verstrekt in het kader van een niet RIZIV-erkende operatie zijn uitgesloten van dekking.

15.4. Dekking ad 100 % maar beperkt tot 2x de wettelijke tussenkomst

15.4.1. Hoorapparaten

Alle RIZIV-erkende hoorapparaten zijn gedekt aan 100 % maar beperkt tot 2x de wettelijke tussenkomst.

15.4.2. Prothesen

Uitgezonderd de tandprothesen (zie art. 15.5.2) zijn de RIZIV-erkende prothesen (bvb. orthopedische schoenen, steunzolen, rolstoelen, insulinepompen, ...) gedekt aan 100 % maar beperkt tot 2x de wettelijke tussenkomst.

15.4.3. Orthodontie

Alle prestaties en apparaten in verband of gelijkgesteld met de codes 305594 tot 305900 van de RIZIV nomenclatuur zijn gedekt aan 100 % maar beperkt tot 3x de wettelijke tussenkomst.

15.5. Specifieke dekkingen

15.5.1. Brilglazen en lenzen met een dioptrie van minstens 0,25

De tegemoetkoming is beperkt tot 50 % van de kostprijs maar beperkt tot 353,87 euro (één aankoop voor brilglazen maar meerdere aankopen voor lenzen) voor één aankoop per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.2. Tandprothesen

De tegemoetkoming is beperkt tot 30 % van het saldo maar beperkt tot 2 343,40 euro per kalenderjaar voor tandprothesen, tandimplantaten en herstellingen van tandprothesen. Een tandprothese is hetzij een stifttand, hetzij een kroon, hetzij een vaste of uitneembare prothese van 1 tot 14 tanden.

De tandprothese wordt met de eventuele bijhorende tandimplantaten als één prestatie beschouwd waarvan de datum van de plaatsing van de tandprothese als prestatiedatum voor beide geldt.

Limieten

- Maximum 28 tanden per jaar.
- Er moeten minstens 6 maanden liggen tussen twee terugbetaalbare prestaties.
- Er is geen dekking voor voorlopige tandprothesen.

15.5.3. Kinesitherapie, Chiropraxie, Osteopathie

- Maximum 20 zittingen van chiropraxie of osteopathie of van RIZIV-erkende kinesitherapie per verzekerde en per kalenderjaar, beperkt tot 15,33 euro per zitting.
- Behandeling van reuma: Maximum 50 zittingen (met inbegrip van de 20 voornoemde zittingen) van chiropraxie of osteopathie of van RIZIV-erkende kinesitherapie per verzekerde en per kalenderjaar, beperkt tot 15,33 euro per zitting.

15.5.4. Medische beeldvorming zonder ziekenhuisverblijf

De kosten voor RIZIV-erkende medische beeldvorming (radiografies, tomografies, endoscopies, scanners, echografies, ...) worden gedekt ad 100 % van het saldo en zijn beperkt tot 117,96 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.5. Logopedie

De kosten voor door het RIZIV erkende logopedie, met akkoord van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, worden gedekt ad 100 % van het saldo en zijn beperkt tot 235,91 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.6. *Farmaceutica en materieel*

- a) De kosten voor door apothekers afgeleverde farmaceutica en materieel voorgeschreven door een arts, evenals de door een arts verstrekte acupunctuur, en ter behandeling van cardiovasculaire aandoeningen, mucoviscidose, astma, fibromen, prostatitis, nierstenen of zweren in het spijsverteringsstelsel die gestaafd werden door een gedocumenteerd onderzoek, reuma, fibromyalgie, artritis, hyperthyroïdie, hypothyroïdie, het syndroom van Horton, osteoporose, de ziekte van Alzheimer (geattesteerd door een geneesheer-specialist), het chronisch vermoeidheidssyndroom (geattesteerd door een geneesheer-specialist), cardiomyopathie, ADHD, psoriasis met een PASI \geq 10, polyneuropathie, ornithinecarbonyltransferase-deficiëntie nr 67 (OTCD), auto-immuun lymphoproliferatief syndroom (ALPS), posttraumatisch stresssyndroom en ziekte van Menière zijn gedekt ad 100 % van het saldo.
- b) De kosten voor door apothekers of gespecialiseerde instellingen afgeleverd en door een arts voorgeschreven materieel voor de diabetici zijn eveneens gedekt ad 100 % van het saldo beperkt tot 294,89 euro per verzekerde en per kalenderjaar.
- De kosten voor door apothekers afgeleverde en door een arts voorgeschreven farmaceutica en materieel, evenals de door een arts verstrekte acupunctuur, in het kader van een handicap van meer dan 66 % , gestaafd door een attest van het Bestuur van de Maatschappelijke Integratie, zijn gedekt ad 100 % van het saldo en zijn beperkt tot 294,89 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.7. *Thuisverzorging*

Voor een thuis- of poliklinische bevalling zijn de kosten gedekt volgens de bestaande regels inzake opname in een ziekenhuis.

15.5.8. *Niet RIZIV-erkende prestaties*

- 15.5.8.1. De tegemoetkoming wordt beperkt tot een forfaitair bedrag van 1 179,57 euro voor de medisch geassisteerde procreatie (MGP) per koppel. In voorkomend geval moet er minstens 1 jaar liggen tussen 2 terugbetaalbare prestaties.
- 15.5.8.2. De tegemoetkoming wordt beperkt tot een forfaitair bedrag van 471,83 euro per oog en per verzekerde voor een operatie die als doel heeft de sterkte van de dioptrie van het hoornvlies te verbeteren door dit hoornvlies in te snijden (bvb. keratotomie, lasik, excimer, ...). In voorkomend geval moet er minstens 1 jaar liggen tussen 2 terugbetaalbare prestaties voor hetzelfde oog.

15.5.9. *Daghospitalisatie voor een breuk*

Alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties en de farmaceutica zijn gedekt aan 100 % van het saldo voor zover ze verstrekt zijn in het ziekenhuis tijdens het interval tussen het plaatsen en het weghalen van het immobilisatiemateriaal door een geneesheer.

De breuken waarvoor een operatie of een ziekenhuisverblijf nodig is, vallen onder de bepalingen van artikels 15.2 en 15.3.

15.5.10. *Dekking van de medische kosten naar aanleiding van een overlijden*

Indien de patiënt overlijdt vóór de operatie of vóór er een ziekenhuisverblijf van minstens 1 dag en 1 nacht gefactureerd is, worden alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties, de farmaceutica en de ziekenwagen gedekt ad 100 % van het saldo.

15.5.11. *Dekking van ambulante, onder verdoving uitgevoerde, prestaties*

Met uitzondering van de prestaties vermeld in artikelen 15.1 tot en met 15.5.10 en in artikelen 16.1 tot en met 16.3, is er een dekking aan 100 % van het saldo voor alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties als ze ambulant onder verdoving verstrekt worden door een geneesheer in een ziekenhuis. De voor- en nabehandeling is uitgesloten.

15.5.12. *Psychiatrie, psychologie, psychotherapiediensten prestaties*

De kosten van bijzondere curatieve geneeskundige diensten door een psychiater, psycholoog of psychotherapeut worden vergoed tot 50 % van de kosten die ten laste van de verzekerde blijven.

ARTIKEL 16 DEKKING IN HET BUITENLAND

16.1. Ziekenhuisverblijf

De kosten in het buitenland worden gedekt door een forfaitaire terugbetaling ad 169,64 euro per dag gedurende maximum 10 verblijfdagen in een ziekenhuis.

16.2. Brillglazen en lenzen met een dioptrie van minstens 0,25

De tegemoetkoming is begrensd tot 50 % van de kostprijs maar beperkt tot 353,87 euro (één aankoop voor brillglazen maar meerdere aankopen voor lenzen) voor één aankoop per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze tussenkomst is niet cumuleerbaar met deze voorzien in het artikel 15.5.1.

16.3. Grensbewoners

Aanvragen tot tussenkomst betreffende grensbewoners, zoals bepaald in punt 1.9., houden rekening met de werkelijke terugbetalingen van sociale zekerheid waarbij de verzekerde aangesloten is en, voor de berekening van de door de huidige polis voorzien limieten die op een wettelijke tussenkomst gebaseerd worden, met de door de belgische sociale zekerheid uitgekeerde bedragen of, als de verzekerde geen aanspraak kan maken op een tussenkomst van deze, op de bedragen die uitgekeerd zouden geweest zijn als zij tussengekomen was.

ARTIKEL 17 BIJZONDERE VOORWAARDEN

Limieten

- a) Ernstige ziekten: algemeen plafond van 23 512,72 euro per verzekerde en per kalenderjaar voor de totaliteit van de kosten verbonden aan éénzelfde ziekte.
- b) Hart- en/of slagaderoperaties en overbruggingen met een RIZIV-sleutelwaarde vanaf N1500: algemeen plafond van 16 964,42 euro per verzekerde en per jaar* voor de totaliteit van de kosten verbonden aan éénzelfde operatie.
- c) Alle andere kosten (ongeval, ziekte, bevalling, ambulante prestaties, ...): algemeen plafond van 11 756,36 euro per verzekerde en per jaar* voor de totaliteit van de kosten verbonden aan éénzelfde ongeval, ziekte of bevalling.
- d) De interventieplafonds uitgedrukt als een bedrag vermeld in de onderstaande punten worden geïndexeerd op 1 januari van elk jaar op basis van de evolutie van de globale medische index individuele kamer tussen de laatste twee beschikbare waarden.
 - Punt 15.1. : plafond van toepassing op kamerkosten.
 - Punt 15.2.3. : plafond van toepassing op kamerkosten.
 - Punt 16.1. : plafond van toepassing op gemaakte kosten in het buitenland.
 - Artikel 17 littera b).
- e) De interventieplafonds uitgedrukt als het bedrag vermeld in de onderstaande punten worden op 1 januari van elk jaar geïndexeerd op basis van het gemiddelde van de veranderingen in de medische index privékamer en de ambulante medische index, tussen hun laatste twee beschikbare waarden.
 - Artikel 17 littera a).
 - Artikel 17 littera c).
- f) De interventieplafonds uitgedrukt als een bedrag dat in de onderstaande punten wordt vermeld worden op 1 januari van elk jaar geïndexeerd op basis van de evolutie van de ambulante medische index tussen de laatste twee beschikbare waarden.
 - Punt 15.5.1.: plafond van toepassing op brillen en lenzen met een dioptrie van minimaal 0.25.
 - Punt 15.5.3.: plafond van toepassing op de kosten van fysiotherapie, chiropractie, osteopathie.
 - Punt 15.5.4.: plafond van toepassing op medische beeldvormingskosten zonder ziekenhuisopname.
 - Punt 15.5.5.: plafond van toepassing op logopediekosten.
 - Punt 15.5.6.: plafonds van toepassing op de kosten van farmaceutische producten en apparatuur.
 - Punt 15.5.8.: plafonds van toepassing op prestaties die niet door het RIZIV zijn erkend.
 - Punt 16.2. : plafond van toepassing op de kosten van brillen en contactlenzen met een dioptrie van minimaal 0,25 gedaan in het buitenland.

- g) Het interventieplafond uitgedrukt als een bedrag vermeld in punt 15.5.2. van toepassing op de kosten van tandprothesen wordt op 1 januari van elk jaar geïndexeerd op basis van de evolutie van de medische index voor tandheelkundige zorg tussen de laatste twee beschikbare waarden.
 - h) De vergoeding van alle medicijnen die niet vergoedbaar zijn of die opgenomen zijn in de categorie « D » in de RIZIV-nomenclatuur bedoeld in artikel 15 is beperkt tot 2 500,00 euro per verzekerde en per kalenderjaar.
- * Met « jaar » (zie b en c) wordt in het kader van éénzelfde ongeval, ziekte of bevalling het tijdsinterval van 1 jaar bedoeld gerekend vanaf de datum van de verstrekking van de eerste door MedExel terugbetaalbare prestatie of kost.

Hoofdstuk IV Algemene uitsluitingen

ARTIKEL 18

Niet gedekt zijn ziekenhuiskosten en verpleegkosten voortvloeiend uit een ziekte of ongeval, te wijten aan:

- een oorlogsgebeuren;
- oproer, burgeropstootjes, collectieve gewelduitbarstingen om politieke of ideologische redenen, behalve indien de verzekerde het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig bij de gebeurtenissen was betrokken;
- het uitvoeren van een, in welke vorm ook, betaalde sportactiviteit waarvoor ingangsgeld betaald wordt, de trainingen inbegrepen;
- dronkenschap, alcoholisme, toxicomanie;
- het onder invloed zijn van verdovende, hallucinerende middelen of andere drugs;
- vrijwillige medewerking aan een misdaad of vergrijp;
- waaghalzerij, weddenschappen of uitdagingen;
- een zelfmoordpoging, opzettelijke zelfverminking, een opzettelijke daad van de verzekerde, of de verergering van het risico door de schuld van de verzekerde;
- de rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve substanties of kunstmatige versnellingsprocessen van atoomdeeltjes;
- schoonheids- en verjongingsbehandelingen of –operaties, behalve die welke door het ziekenfonds worden terugbetaald;
- een aandoening of invaliditeit die niet door een geneeskundig onderzoek kan worden gecontroleerd of die verband houdt met een zenuw- of geestes-aandoening zonder objectieve symptomen, tenzij de realiteit ervan klaarblijkelijk is en zowel door de behandelende geneesheer als door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds wordt erkend.

Hoofdstuk V Voorschriften voor uitbetaling

ARTIKEL 19

INDIENINGSPROCEDURE

Zware ziekten

Om een dossier gelinkt aan de kosten van de behandeling van één van de zware ziekten waarvan sprake is in artikel 1.10 te openen moet MedExel beschikken over een medisch rapport opgemaakt door een geneesheer specialist met vermelding van de aard van de aandoening.

AssurCard

MedExel stelt een derdebetalerskaart « AssurCard » ter beschikking van de verzekerden. Dit systeem georganiseerd door MedExel is gebaseerd op een elektronische kaart, waarmee bij een hospitalisatie in België:

- een opname zonder betaling van een voorschot mogelijk is;
- de verzekerde kan genieten van een derde betaler systeem. De factuur gaat rechtstreeks naar MedExel, die de kosten zal betalen aan het ziekenhuis.

Het gebruik van de AssurCard door de verzekerde impliceert zijn instemming met het systeem van derde betaler. Daardoor treedt MedExel in de plaats van de patient als schuldenaar van de hospitalisatiefactuur. Concreet wil dit zeggen dat de factuur rechtstreeks naar MedExel wordt gestuurd. Zij schiet het gefactureerde bedrag volledig voor, ook de kosten die niet gedekt zijn door de verzekeringspolis. De niet terugbetaalbare kosten worden aangerekend aan de verzekerde en moeten door hem (terug)betaald worden.

AssurPharma

AssurPharma is de volledige digitale oplossing die de huidige papieren BVAC-attesten vervangt. Dit zijn de attesten die u van de apotheek ontvangt om een terugbetaling aan te vragen. Het AssurPharma project is het resultaat van een bestaand samenwerkingsverband tussen de Belgische apothekers en de verzekeraars. Dit is lonend, want u hoeft enkel uw digitale kaart, aanwezig in uw My MedExel, te laten scannen door uw apotheker bij de aankoop van geneesmiddelen.

Hoe werkt het?

In geval uw opname in het ziekenhuis de aankoop van geneesmiddelen op voorschrift voorziet, moet u de barcode van uw AssurPharma kaart laten scannen in de apotheek. Dit geldt ook voor geneesmiddelen aangekocht in het kader van een ernstige ziekte.

De apotheker zal deze eBVAC tickets elektronisch aan MedExel overmaken. Indien gewenst kan u van uw apotheker een bewijs van verzending ontvangen.

Wat zijn de voordelen van deze kaart?

- Eenvoudig en snel.
- Voorkomt het verlies van papieren bonnetjes.
- Efficiëntere administratie voor de verzekerde.
- Beveiligde manier van werken met bescherming van persoonsgegevens.
- Groot netwerk aan apotheken die reeds met dit systeem werken.

Meer informatie over deze kaart zal u terugvinden op: www.assurpharma.be.

ARTIKEL 20

VOOR TE LEGGEN DOCUMENTEN

MedExel heeft steeds het recht een medisch attest te eisen om de ontvankelijkheid van de aanvraag na te gaan.

- 20.1.** Voor elke aanvraag tot tegemoetkoming moeten de hierna vermelde bewijsstukken worden voorgelegd, bij voorkeur in de vorm van fotokopieën. Om de goede werking van MedExel te verzekeren worden in geen geval de ingediende documenten of kopieën ervan teruggestuurd naar de verzekerden. De ingediende documenten zijn het eigendom van MedExel.

- 20.1.1. De ereloonnota's van de zorgverstrekker waarop zijn naam en RIZIV-identificatienummer, samen met de naam van de patiënt, de data en RIZIV-codenummers van de prestaties en het gevraagde ereloon, worden vermeld.
- 20.1.2. De gedetailleerde terugbetalingsattesten van het ziekenfonds evenals van eventuele andere verzekeringsorganismen of derden.

20.2. Voor alle terugbetalingsaanvragen moet een specifiek document worden ingevuld.

ARTIKEL 21

MedExel is in geen geval verantwoordelijk voor het verlies van originele documenten (facturen, bewijsstukken, rekeningen, enz.), indien die bij het terugbetalingsformulier zouden worden gevoegd.

ARTIKEL 22

Wanneer het eindsaldo van het dossier negatief zou blijken, verbindt de titularis zich tot de onmiddellijke terugbetaling aan MedExel vanaf kennisgeving hiervan door laatstgenoemde.

Indien aan deze kennisgeving na een termijn van 30 dagen geen gevolg gegeven wordt mag MedExel alle terugbetalingen opschorten alsook het gebruik van de AssurCard.

ARTIKEL 23 BETALING VAN DE PREMIES

Iedere titularis (en aangesloten gezinsleden) zijn een persoonlijke premie aan MedExel verschuldigd.

De premie is verschuldigd vanaf de datum van aansluiting. De hoofdverzekerde betaalt zijn premie plus die van zijn mede-verzekerden.

De hoofdverzekerde heeft de keuze tussen:

- een jaarlijkse premie op voorhand te betalen in de maand januari. De persoon die in de loop van het jaar aansluit betaalt in de maand van aansluiting. De verzekerde betaalt via een overschrijving;
- een maandelijkse premie. Dat kan op voorwaarde dat de verzekerde betaalt via een Europees domiciliëringsmandaat Sepa.

Opgelet

De niet-betaling van een maandelijkse premie opgevraagd per bankdomiciliëring brengt de volgende maand een nieuwe opvraging met zich op basis van de cumulatie van twee maandpremies. In geval van niet-betaling van deze twee maandpremies vindt er de volgende maand een derde opvraging plaats op basis van de drie onbetaalde maandelijkse premies.

Gedurende heel de periode dat de premies niet worden betaald, wordt de terugbetaling van de tijdens de periode opgelopen kosten, opgeheven. Door de betaling van de achterstallige premies tijdens de schorsing wordt een einde gemaakt aan de schorsing.

Het niet betalen van de ingebrekestelling verstuurd per aangetekende brief na de drie onbetaalde opvragingen per domiciliëring heeft het verlies van de hoedanigheid van verzekerde voor alle betrokken verzekerden tot gevolg. De hoofdverzekerde wordt per brief op de hoogte gebracht van het verlies van de hoedanigheid van verzekerde, van het recht om het derde betalingsstelsel te genieten en van de annulatie van de AssurCard.

In geval van niet-betaling van een jaarlijkse premie stuurt de beheerder een rappel naar de hoofdverzekerde de maand die volgt op het vervaldagbericht. De volgende maanden worden er naar de verzekerde een tweede en derde rappel gestuurd. De gevolgen van de niet-betaling van een jaarpremie zijn identiek met deze beschreven voor de niet-betaling van een maandpremie.

De waarborg treedt terug in werking de dag die volgt op de integrale betaling van de premies.

Tijdens de periode van opheffing brengt de beheerder de verzekeringsmaatschappij op de hoogte van de wanbetaling van de verzekeringnemer. De verzekeringsmaatschappij kan het ziekteverzekeringscontract gebonden aan de beroepsactiviteit opzeggen.

De opzegging treedt zestien dagen na een aangetekende brief verstuurd door de verzekeringsmaatschappij in werking, tenzij de premies ondertussen werden betaald.

Hoofdstuk VI Bijzondere bepalingen

ARTIKEL 24

Alle bestaande of toekomstige uitzonderingen zijn uniek en kunnen nooit als precedent van welke aard of orde ook worden ingeroepen.

ARTIKEL 25

Indien twijfel bestaat omtrent de terugbetaling van sommige kosten, heeft het lid er alle belang bij het dossier binnen de voorgeschreven termijn toch in te dienen bij MedExel, dat op grond van de verstrekte elementen, zal uitmaken of de kosten binnen de voorziene dekkingen vallen.

ARTIKEL 26

Door zich aan te sluiten, aanvaarden het hoofdlid en zijn begunstigden zich naar de algemene, bijzondere en specifieke bepalingen te schikken.

ARTIKEL 27

De algemene, bijzondere en specifieke bepalingen hebben uitwerking vanaf 01.04.2015.

CONTACTGEGEVENS VAN MEDEXEL

Louis Mettwielaan 74/76 - 1080 Brussel

Tel: 02 44 44 907

Fax: 02 44 44 334

E-mail: ing@medexel.be



Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

Ethias « Dienst 2035 »

Prins-Bisschopssingel 73 - 3500 HASSELT - Fax 011 28 20 10 - klachtenbeheer@ethias.be

Ombudsdienst Verzekeringen

de Meeûssquare 35 - 1000 BRUSSEL - Fax 02 547 59 75 - www.ombudsman-insurance.be

Het indienen van een klacht doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure aan te spannen. Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst.

GEZONDHEIDSZORG VERZEKERING



ING
Polis nummer 85.499.110

Editie: 1 april 2015



INHOUDSTAFEL

Hoofdstuk I	Definities	4
Hoofdstuk II	Aansluiting – Aanvang – Wachtijd – Wijzigingen – Schorsing – Einde van de waarborg Aansluiting	6
	Bijzondere aansluitingsvoorwaarden	6
	Aanvang	6
	Wachtijd	7
	Wijzigingen	7
	Schorsingen	7
	Einde van de waarborg	8
Hoofdstuk III	Tegemoetkomingen	9
	Dekking in België	10
	Dekking in het buitenland	13
	Bijzondere voorwaarden	13
Hoofdstuk IV	Algemene uitsluitingen	14
Hoofdstuk V	Voorschriften voor uitbetaling	15
	Betaling van de premies	16
Hoofdstuk VI	Bijzondere bepalingen	17

Hoofdstuk I Definities

ARTIKEL 1

- 1.1.** Voor de interpretatie van de algemene, bijzondere en specifieke bepalingen zijn de onderstaande definities van toepassing.
- 1.2.** Verzekerden zijn de personen van wie de identiteit op het aansluitingsformulier is vermeld.
- 1.2.1. de titularis is het personeelslid, in actieve dienst of gepensioneerd, van ING België NV
- 1.2.2. de andere verzekerden zijn elk gezinslid, beantwoordend aan de onderstaande criteria, van de titularis, mits voorlegging, in geval van twijfel, van een attest van de gemeentelijke overheid m.b.t. de samenstelling van het gezin of van uittreksels uit de geboorteakten ter staving van de verwantschap.
- Dit zijn uitsluitend:**
- 1.2.2.1. de wettige levenspartner.
- 1.2.2.2. de feitelijke levenspartner.
Het begrip feitelijke levenspartner verwijst naar twee partners die samenleven onder hetzelfde dak en gedomicilieerd zijn op hetzelfde adres.
- 1.2.2.3. de kinderen van de titularis tot hun 25^{ste} verjaardag.
- 1.2.2.4. de kinderen van de wettige levenspartner tot hun 25^{ste} verjaardag voor zover zij gedomicilieerd zijn bij de titularis.
- 1.2.2.5. de kinderen van de feitelijke levenspartner tot hun 25^{ste} verjaardag voor zover zij gedomicilieerd zijn bij de titularis. De aansluiting gebeurt volgens dezelfde regels van betalende wachttijd en aangifte als voor de feitelijke levenspartner.
- 1.2.2.6. elke persoon (met inbegrip van de kinderen vermeld in art. 1.2.2.3 tot en met 1.2.2.7 na hun 25^{ste} verjaardag) met een familieband met de titularis en die zowel gedomicilieerd is bij de titularis als fiscaal ten diens laste is. Dit geldt na hun 25^{ste} verjaardag eveneens voor de kinderen vermeld in de artikels 1.2.2.3 en 1.2.2.7 die, ten gevolge van de feitelijke scheiding of de echtscheiding, gedomicilieerd zijn bij en fiscaal ten laste zijn van de ex-partner van de titularis.
- 1.2.2.7. de pleegkinderen gedurende de plaatsing in het gezin van de titularis en tot hun 25^{ste} verjaardag.
- 1.2.2.8. de in artikels 1.2.2.3 tot 1.2.2.7 vermelde kinderen – zonder leeftijdslimiet en zonder verplichting om gedomicilieerd te zijn bij de titularis noch om fiscaal ten diens laste te zijn - die lijden aan een ernstige ziekte (zie artikel 1.12) als dusdanig aangegeven aan MedExel vóór hun 25^{ste} verjaardag.
- 1.3.** Elke opname van minstens 1 dag en 1 nacht in een ziekenhuis waarvoor remgeld is verschuldigd, wordt als Ziekenhuisverblijf beschouwd. Met ziekenhuis wordt elke door het FOD Volkgezondheid erkende instelling bedoeld die gebruik maakt van diagnoses en wetenschappelijk geteste therapieën, met uitsluiting van one day clinic, kuren, medisch-pedagogische inrichtingen, homes voor bejaarden, herstellenden of kinderen, rusthuizen en/of verpleegtehuizen (R.V.T.).
- 1.4.** Het begrip Geneeskundige Prestatie verwijst naar de lijst van de medische en paramedische handelingen opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV.
- 1.5.** Onder Farmaceutica moet elke geneesmiddel en magistrale bereidingen, ondergebracht bij FOD Volksgezondheid, worden verstaan.
- 1.6.** Een Ongeval is een plotse gebeurtenis die onafhankelijk van de wil van de aangesloten persoon optreedt en een lichamelijk letsel veroorzaakt, waarvan de oorzaak of een van de oorzaken zich buiten het menselijk lichaam bevindt. Dit ongeval moet traumatische letsels hebben veroorzaakt, waarvan de behandeling onder de huidige bepalingen valt.
- 1.7.** Onder Operatie moet worden verstaan:
- een RIZIV-erkende prestatie uitgevoerd door een geneesheer of een tandarts (LTH);
 - met een therapeutisch en/of diagnostisch doel;
 - die een insnijding in en/of het verwijderen van weefsel vereist.

- 1.8.** Onder Prothesen moet worden verstaan elk op medisch voorschrift te verkrijgen kunstmatig materiaal, met het oog op de definitieve vervanging van een onvoldoende werkend of geamputeerd orgaan of lichaamsdeel.
- 1.9.** Met Grensbewoners worden de titularis en de gezinsleden bedoeld die hun domicilie of vaste verblijfplaats in een aan België grenzend land hebben en tewerkgesteld zijn in een vestiging van ING België NV in België.
- 1.10.** Onder Ernstige Ziekten wordt verstaan: kanker, leukemie, multiple sclerose, AIDS, diabetes, de ziekte van Parkinson, de ziekte van Hodgkin, de ziekte van Crohn, tetraplegie, hypoglycemie, de ziekte van Huntington, goedaardige cerebrale gezwellen, spondylitis ankylopoietica, behandeling door nierdialyse alsook de transplantatie van een volledig orgaan (operatie die bestaat in de overplanting van een bij een levende donor weggenomen orgaan, waarbij de bloedvaten en excretiekanalen worden verbonden, om een deficiënt orgaan definitief te compenseren), de ziekte van Creutzfeld-Jacob, paraplegie, hemiplegie, de ziekte van Bechterew, pelvispondylitis ossificans rheumatica, de ziekte van Pierre Marie-Strümpell, spondylitis rhizomelica, sclerodermie, dermatomyositis, het non-Hodgkin lymfoom, amyotrofische lateraal sclerose, de ziekte van Charcot, regresserende chronische polychondritis, relaps polychondritis, gegeneraliseerde kraakbeenververing van Von Meyenberg, het syndroom van Askanasy, de ziekte van Charcot-Marie-Tooth, neurale spieratrofie van de extremiteiten, de ziekte van Still, de ziekte van Chauffard-Still, myasthenia gravis van Erb-Goldflam, het VACTERL syndroom, het Lambert- Eaton myastheen syndroom, polymyositis, ziekte van Kahler, multiple myeloom, facio-scapulo humerale spierdystrofie, idiopathische longfibrose, pyoderma gangrenosum, anorexia nervosa, epilepsie, hepatitis C, lupuserythematoze, transverse myelitis, ziekte van Guillain-Barré, abces van Haagensen en colitis ulcerosa (ulceratieve colitis).
- Deze aandoeningen moeten aangegeven worden door een geneesheer-specialist in deze materie.
- 1.11.** Onder Medisch Geassisteerde Procreatie (MGP) verstaan we verschillende medische technieken met als onmiddellijke doelstelling de bevruchting van de voortplantingscellen van een koppel.
- 1.12.** Onder Samenlevingscontract verstaan we de wettelijke registratie van samenwonen (op het stad- of gemeentehuis) als alternatief voor het huwelijk.

Het samenlevingscontract onderschreven bij een notaris of een eenvoudig attest met de gezinssamenstelling zijn niet geldig, tenzij ze aangevuld werden op het stad- of gemeentehuis met de wettelijke registratie van samenwonen.

Hoofdstuk II Aansluiting – Aanvang – Wachtijd – Wijzigingen – Schorsing – Einde van de waarborg Aansluiting

ARTIKEL 2

Zijn aansluitbaar:

- 2.1.** Elke titularis die een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd heeft met ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch voor een tewerkstelling bij deze laatste en aan de Belgische Sociale Zekerheid of een equivalent stelsel is onderworpen.
De aansluiting is enkel mogelijk:
- voor de titularis, tijdens de eerste 10 jaar na de indiensttreding bij ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch (met een tewerkstelling bij deze laatste).
 - voor zowel de titularis als de andere verzekerden, terwijl de titularis nog effectieve (of ermee gelijkgestelde) arbeidsprestaties bij ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch levert.
- Beide voorwaarden moeten vervuld zijn.
- 2.2.** Elke verzekerde die beantwoordt aan de bepalingen van artikels 1.2.2 en 2.1.
Desalniettemin gebeurt de aansluiting van de feitelijke levenspartner steeds ten nadele van de eventuele wettige levenspartner. De titularis kan maar één partner aansluiten.
- 2.3.** Op hun verzoek, de leden van het Directiecomité van de ING België NV en de verzekerbare gezinsleden (zie art. 1.2.2. en 2.1.)

ARTIKEL 3

BIJZONDERE AANSLUITINGSVOORWAARDEN

De titularis kan ofwel ALLEEN aansluiten ofwel met ALLE personen die deel uitmaken van zijn gezin.

De titularis is als enige gemachtigd om de gezinsleden aan of af te sluiten.

Zijn echter niet verplicht aansluitbaar:

- 3.1.** De in artikels 1.2.2.3 tot 1.2.2.5 vermelde descendents die niet of niet meer fiscaal ten laste zijn van de titularis. Deze afsluiting zal slechts op uitdrukkelijk verzoek van de titularis worden ingewilligd.
- 3.2.** De in artikel 1.2.2.3 vermelde descendents die niet of niet meer gedomicilieerd zijn bij de titularis. Deze afsluiting zal slechts op uitdrukkelijk verzoek van de titularis worden ingewilligd
- 3.3.** De gezinsleden van de titularis die de mogelijkheid hebben of verplicht zijn een verzekering te nemen, voor een gelijkaardige dekking als deze verzekering voor hospitalisatie en ambulante zorgen, bij een werkgever waarmee zij een arbeidsovereenkomst hebben. Deze afwijking geldt slechts na voorlegging van een attest van de werkgever.
- 3.4.** De wettige levenspartner, waar ook gedomicilieerd, tijdens de feitelijke maar vóór de wettelijke scheiding. Als de titularis, tijdens dit interval, een feitelijke levenspartner wenst aan te sluiten, zal dit gebeuren ten nadele van de feitelijk gescheiden wettige levenspartner.
- 3.5.** Overeenkomstig artikel 3, alinea 2 van de CAO van 23.12.2014 betreffende de oprichting van een hospitalisatieverzekering vanaf 1.04.2015, ieder actief personeelslid van ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch (met een tewerkstelling bij deze laatste), of hij al dan niet aangesloten was bij het MHF op 31.03.2015, en die beantwoordt op 1.04.2015 aan de aansluitingsvoorwaarden (art. 2.1.) heeft de mogelijkheid om te opteren, respectievelijk, voor het behoud van zijn aansluiting bij het MHF (in de vorm van een hospitalisatieverzekering) of voor zijn aansluiting bij het MHF (in de vorm van een hospitalisatieverzekering), en deze op basis van de modaliteiten van het huidige reglement.

ARTIKEL 4

AANVANG

De aansluiting neemt een aanvang de eerste dag van de maand volgend op die waarin de titularis het aansluitingsformulier heeft ondertekend.

ARTIKEL 5 WACHTTIJD

5.1. Vooraleer op de dekking van deze verzekering aanspraak kan worden gemaakt, moet een wachttijd van 6 maanden worden vervuld. Die begint op de dag van de aansluitingsdatum. De gezinsleden van de titularis, zelfs indien ze beantwoorden aan de criteria in artikel 5.2, die tijdens de wachttijd van de titularis aansluiten moeten eveneens de voorziene wachttijd doorlopen.

De feitelijke levenspartner in het artikel 1.2.2.2 zal een wachttijd van 6 maanden moeten vervullen.

5.2. Vrijstelling van wachttijd

Behalve indien zij het schriftelijk weigeren, worden de titularissen en de gezinsleden automatisch en zonder wachttijd aangesloten bij de aanvang van de contractuele relaties met ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch (met een tewerkstelling bij deze laatste). Toch moet binnen de twee maanden het inschrijvingsformulier verplicht ingevuld en doorgestuurd worden naar MedExel.

Voor zover de titularis de wachttijd heeft beëindigd en de aansluiting binnen de twee maanden na de gebeurtenis gevraagd wordt, worden de gezinsleden zonder wachttijd aangesloten ter gelegenheid van:

- de geboorte of de definitieve adoptie door de titularis (art. 1.2.2.3 tot 1.2.2.5),
- de plaatsing van het pleegkind (art. 1.2.2.7),
- het huwelijk van de titularis (art. 1.2.2.1, 1.2.2.2, 1.2.2.4, en 1.2.2.5),
- de ondertekening van het samenlevingscontract (art. 1.2.2.2 en 1.2.2.5).

ARTIKEL 6 WIJZIGINGEN

6.1. De titularis of de verzekerde gezinsleden (bij overlijden van de titularis) moeten, binnen de maand volgend op de gebeurtenis, MedExel schriftelijk verwittigen van elke wijziging in hun gezinstoestand die een invloed kan hebben op de toekenning van de voordelen of op het bedrag van de betaalde of nog te betalen bijdragen aan MedExel.

6.2. De gezinsleden behouden echter hun recht op de voordelen, voor zover de overlevende partner niet hertrouwd is of niet opnieuw is gaan samenwonen met een andere persoon dan een personeelslid van ING België NV. MedExel is gemachtigd een bewijs van de werkelijke situatie te vragen bij iedere aanvraag om terugbetaling.

ARTIKEL 7 SCHORSINGEN

Het recht op de tegemoetkomingen van MedExel en de storting van de bijdragen van de titularis en de gezinsleden kunnen, op aanvraag van de titularis, geschorst worden tijdens de volledige periode waarin het hoofdlid, in opdracht van ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch, een buitenlandse opdracht vervult.

ARTIKEL 8

De titularis die zich in de artikel 7 bedoelde situatie bevindt, moet MedExel hiervan schriftelijk verwittigen en zijn bijdragen storten tot het einde van de maand waarin de wijziging optreedt, om het recht van de schorsing te verkrijgen.

ARTIKEL 9

Behoudens het in artikel 7 voorzien geval blijft het recht op tegemoetkomingen van MedExel behouden, wanneer de arbeidsovereenkomst met ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch wordt geschorst of onderbroken, voor zover de bijdragen werden vereffend gedurende de schorsings- of onderbrekingsperiode van de arbeidsovereenkomst.

ARTIKEL 10 EINDE VAN DE WAARBORG

- 10.1.** Er kan een einde aan de dekking worden gesteld in geval van een niet-betaling van de bijdragen (na een ingebrekestelling), in geval van intentionele weglating of onjuistheid in hoofde van een verzekerde die ertoe leidt dat MedExel een fout begaat betreffende de elementen om het risico in te schatten, of niet intentionele weglating of onjuistheid in hoofde van een verzekerde wanneer MedExel aantoonbaar dat hij in geen enkel geval het risico zou hebben verzekerd.
- 10.2.** De dekking eindigt automatisch vanaf de einddatum van aansluiting of bij de verbreking van de arbeidsovereenkomst door ontslagneming of afdanking (met uitzondering van afdanking wegens totale en definitieve arbeidsongeschiktheid). De personen die het recht tot aansluiting op de huidige polis verliezen beschikken over de mogelijkheid, op basis van de wettelijke beschikkingen, hun dekking in deze zaak verder te zetten door de ondertekening van een individuele polis.

De dekking blijft gelden voor gepensioneerden en voor werknemers die vervoegd uit dienst treden van ING België NV en/of ING BANK NV Belgian Branch volgens alle conventionele formules van vervoegde uittreding (zoals bijvoorbeeld vervoegd pensioen, loopbaanonderbreking, ...).
- 10.3.** Voor de ingediende dossiers van de titularissen en de gezinsleden worden alleen de kosten terugbetaald die effectief tot de afsluiting of de verbrekingsdatum van de overeenkomst werden gemaakt.
- 10.4.** Voor de verzekerden eindigt de waarborg automatisch zodra hun situatie niet meer in overeenstemming is met de reglementaire bepalingen.
- 10.5.** Op vraag van de titularis wordt een aansluitingsattest afgeleverd.

Hoofdstuk III Tegemoetkomingen

ARTIKEL 11

MedExel komt tegemoet in de kosten van de gezondheidszorg voortkomend uit een ziekte, een handicap, een zwangerschap, een bevalling of een ongeval.

ARTIKEL 12

MedExel vergoedt de kosten na aftrek van:

- het bedrag van de wettelijke tussenkomst of een identiek fictief bedrag indien de verzekerde geen aanspraak kan maken op een tussenkomst;
- het bedrag van andere reeds ontvangen tussenkomsten of vergoedingen van elke andere hospitalisatie- of aanvullende verzekering van het ziekenfonds waarbij de verzekerde is aangesloten;
- de vergoedingen ontvangen door alle andere verzekeringen die verondersteld is tussen te komen, binnen de wettelijke beschikkingen.

ARTIKEL 13

Wegens de vergoedingen toegekend in het kader van voorliggend contract, neemt de verzekeraar alle rechten over die de verzekerde heeft:

- Tegenover elke verantwoordelijke natuurlijke of rechtspersoon of objectief verantwoordelijke voor het ongeval en diens verzekeraar.
- Tegenover de schuldenaar van de vergoedingen vastgelegd krachtens artikel 29bis van de wet van 21 november 1989 op de verplichte aansprakelijkheidsverzekering met betrekking tot de gemotoriseerde voertuigen.
- Tegenover elke schuldenaar van vergoedingen en diens verzekeraar.

ARTIKEL 14

Zonder vooroordeel van de beschikkingen voorzien in artikels 12 en 13 mogen de door de huidige polis uitgekeerde vergoedingen de werkelijke gedane kosten niet overschrijden.

14.1. Alleen de titularis heeft recht op de terugbetaling van het dossier.

14.2. Indien de verzekerde een schrijven krijgt van MedExel waarin hem wordt meegedeeld dat het saldo van het dossier negatief is en dat hij een bepaald bedrag dient terug te storten, moet hij dit bedrag eerst vereffenen voordat MedExel hem aanvullingen of andere dossiers zal terugbetalen.

14.3. De terugbetaling van een voorschot van minimum 100,00 EUR is beperkt tot een voorschot voor een ziekenhuisverblijf en is maar betaalbaar voor zover de verzekerde nog niet de definitieve afrekening van het ziekenhuis ontvangen heeft.

Dit voorschot wordt, binnen de 6 maanden volgend op de betaling ervan, automatisch teruggevorderd. De verzekerde kan later nog steeds de definitieve afrekening van het ziekenhuis doorsturen.

14.4. MedExel beperkt de tegemoetkoming tot de kosten die rechtstreeks dienen ter behandeling van de ziekte, de handicap, de bevalling of het ongeval. Tenzij expliciet anders vermeld in artikels 15 en 16 zijn de kosten ter behandeling van alle mogelijke gevolgen uitgesloten.

De tegemoetkoming van MedExel is beperkt tot de hierna volgende dekkingsvoorschriften.

14.5. Elke rechtsvordering die uit deze polis ontstaat, verjaart door verloop van drie jaren, te rekenen van de gebeurtenis waarop ze gegrond is.

15.1. Dekking van de ernstige ziekten

Deze aandoeningen moeten aangegeven worden door een geneesheer-specialist in deze materie.

Dekking ad 100 % van het saldo voor alle door het RIZIV erkende prestaties in geval van opname in een ziekenhuis (met of zonder operatie) en ambulante verzorging. Alleen de kosten die rechtstreeks betrekking hebben op de ziekte zijn gedekt, nl: de farmaceutica tijdens het ziekenhuisverblijf en de gedeeltelijk door het RIZIV terugbetaalde farmaceutica buiten het ziekenhuis, de haarprothese, de verplaatsingen van de patiënt, het huren van materieel. Kosten die niet om persoonlijke redenen worden gemaakt gedurende het verblijf in het ziekenhuis worden eveneens gedekt.

Limieten:

- kamer: 175,00 EUR per dag
- erelonen: 3 x de wettelijke tussenkomst
- Vervoerskosten: terugbetaling bepaald in functie van het kortste traject met om het even welk vervoersmiddel en op basis van het barema van ING Belgium SA/NV wat betreft de kilometervergoeding; indien het vervoer per ziekenwagen is gebeurd, worden de kosten terugbetaald tegen 100%.

Beperkingen:

De ambulante behandelingen die niet onder de 100% dekking vallen zijn die van artikelen 15.4.1, 15.4.2, 15.4.3, 15.5.1, 15.5.2, 15.5.6, 15.5.7, 15.5.8, 15.5.9, 16.1 en 16.2. Deze behandelingen worden volgens de voorziene regels terugbetaald, zelfs indien ze verband houden met de ernstige ziekte.

Uitbreidingen:

- De verblijfkosten van een volwassene bij opname van een kind in een ziekenhuis.
- De kosten van chiropraxie en osteopathie verstrekt in het kader van een behandeling van spondylitis ankylopoietica, de ziekte van Bechterew, pelvispondylitis ossificans rheumatica, de ziekte van Pierre Marie-Strümpell of spondylitis rhizomelica zijn gedekt aan 40,00 EUR per zitting.

15.2. Dekking bij ziekenhuisverblijf met of zonder operatie

15.2.1. Tijdens het ziekenhuisverblijf:

Dekking ad 100% van het saldo van alle door het RIZIV erkende prestaties met inbegrip van de farmaceutica, de ziekenwagen, de kosten die niet om persoonlijke redenen worden gemaakt gedurende het verblijf, de verblijfkosten (alleen bed) van een volwassene bij opname van een kind in een ziekenhuis en de bijstand van een kinesitherapeut bij de bevalling.

15.2.2. Buiten het ziekenhuisverblijf:

De dekking ad 100% van het saldo strekt zich uit tot:

- de prestaties, opgenomen in de RIZIV nomenclatuur, voor zover zij verstrekt worden tijdens een interval gaande van 60 dagen vóór tot 180 dagen na het verblijf.
- de gedeeltelijk door het RIZIV terugbetaalde farmaceutica die verbruikt worden binnen de 180 dagen na het verblijf.

15.2.3. Limieten op 15.2.1 en 15.2.2.:

kamer: 125,00 EUR per dag

erelonen: 3 x de wettelijke tussenkomst

15.3. Dekking bij operatie zonder ziekenhuisverblijf

Dekking van volgende kosten verstrekt in het kader van een door het RIZIV-erkende operatie:

- Alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties uitgevoerd in een interval gaande van 60 dagen vóór tot 180 dagen na de operatie zijn gedekt aan 100% maar beperkt tot 3 x de wettelijke tussenkomst.
- De dag van de operatie: uitgezonderd de transportkosten zijn de niet RIZIV-erkende kosten, die geen persoonlijk gebruik zijn, gedekt.
- De gedeeltelijk door het RIZIV terugbetaalde farmaceutische producten die verbruikt worden binnen de 180 dagen na de operatie zijn gedekt aan 100%.

De kosten verstrekt in het kader van een niet RIZIV-erkende operatie zijn uitgesloten van dekking.

15.4. Dekking ad 100% maar beperkt tot 2 x de wettelijke tussenkomst

15.4.1. Hoorapparaten:

Alle RIZIV-erkende hoorapparaten zijn gedekt aan 100% maar beperkt tot 2 x de wettelijke tussenkomst.

15.4.2. Prothesen:

Uitgezonderd de tandprothesen (zie art. 15.5.2) zijn de RIZIV-erkende prothesen (bvb. orthopedische schoenen, steunzolen, rolstoelen, insulinepompen, ...) gedekt aan 100% maar beperkt tot 2 x de wettelijke tussenkomst.

15.4.3. Orthodontie:

Alle prestaties en apparaten in verband of gelijkgesteld met de codes 305594 tot 305900 van de RIZIV nomenclatuur zijn gedekt aan 100% maar beperkt tot 2 x de wettelijke tussenkomst.

15.5. Specifieke dekkingen:

15.5.1. Brilglazen en lenzen met een dioptrie van minstens 0,25:

De tegemoetkoming is beperkt tot 50 % van de kostprijs maar beperkt tot 175,00 EUR (één aankoop voor brilglazen maar meerdere aankopen voor lenzen) voor één aankoop per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.2. Tandprothesen:

De tegemoetkoming is beperkt tot 30% van het saldo maar beperkt tot 2.000 EUR per kalenderjaar voor tandprothesen, tandimplantaten en herstellingen van tandprothesen. Een tandprothese is hetzij een stifttand, hetzij een kroon, hetzij een vaste of uitneembare prothese van 1 tot 14 tanden.

De tandprothese wordt met de eventuele bijhorende tandimplantaten als één prestatie beschouwd waarvan de datum van de plaatsing van de tandprothese als prestatiedatum voor beide geldt.

Limieten:

- maximum 28 tanden per jaar.
- er moeten minstens 6 maanden liggen tussen twee terugbetaalbare prestaties.
- er is geen dekking voor voorlopige tandprothesen.

15.5.3. Kinesithérapie, Chiropraxie, Osteopathie:

- Maximum 20 zittingen van chiropraxie of osteopathie of van RIZIV-erkende kinesithérapie per verzekerde en per kalenderjaar, beperkt tot 13,00 EUR per zitting.
- Behandeling van reuma: Maximum 50 zittingen (met inbegrip van de 20 voornoemde zittingen) van chiropraxie of osteopathie of van RIZIV-erkende kinesithérapie per verzekerde en per kalenderjaar, beperkt tot 13,00 EUR per zitting.

15.5.4. Medische beeldvorming zonder ziekenhuisverblijf:

De kosten voor RIZIV-erkende medische beeldvorming (radiografies, tomografies, endoscopies, scanners, echografies, ...) worden gedekt ad 100% van het saldo en zijn beperkt tot 100,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.5. Logopedie:

De kosten voor door het RIZIV erkende logopedie, met akkoord van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds, worden gedekt ad 100% van het saldo en zijn beperkt tot 100,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.6. Farmaceutica en materieel:

- De kosten voor door apothekers afgeleverde farmaceutica en materieel voorgeschreven door een arts, evenals de door een arts verstrekte acupunctuur, en ter behandeling van cardiovasculaire aandoeningen, mucoviscidose, astma, fibromen, prostatitis, nierstenen of zweren in het spijsverteringsstelsel die gestaafd werden door een gedocumenteerd onderzoek, reuma, fibromyalgie, artritis, hyperthyroïdie, hypothyroïdie, het syndroom van Horton, osteoporose, de ziekte van Alzheimer (geattesteerd door een geneesheer-specialist), het chronisch vermoeidheidssyndroom (geattesteerd door een geneesheer-specialist), cardiomyopathie, ADHD, psoriasis met een PASI \geq 10, polyneuropathie, ornithinecarbonyltransferase-deficiëntie nr 67 (OTCD), auto-immuun lymphoproliferatief syndroom (ALPS), posttraumatisch stresssyndroom en ziekte van Menière zijn gedekt ad 100 % van het saldo en zijn beperkt tot 100,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar.
- De kosten voor door apothekers of gespecialiseerde instellingen afgeleverd en door een arts voorgeschreven materieel voor de diabetici zijn eveneens gedekt ad 100 % van het saldo en zijn beperkt tot 100,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar.
- De kosten voor door apothekers afgeleverde en door een arts voorgeschreven farmaceutica en materieel, evenals de door een arts verstrekte acupunctuur, in het kader van een handicap van meer dan 66 % , gestaafd door een attest van het Bestuur van de Maatschappelijke Integratie, zijn gedekt ad 100% van het saldo en zijn beperkt tot 100,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar.

15.5.7. Thuisverzorging:

Voor een thuis- of poliklinische bevalling zijn de kosten gedekt volgens de bestaande regels inzake opname in een ziekenhuis.

15.5.8. Niet RIZIV-erkende prestaties:

- 15.5.8.1. De tegemoetkoming wordt beperkt tot een forfaitair bedrag van 1.000,00 EUR voor de medisch geassisteerde procreatie (MGP) per koppel. In voorkomend geval moet er minstens 1 jaar liggen tussen 2 terugbetaalbare prestaties.
- 15.5.8.2. De tegemoetkoming wordt beperkt tot een forfaitair bedrag van 400,00 EUR per oog en per verzekerde voor een operatie die als doel heeft de sterkte van de dioptrie van het hoornvlies te verbeteren door dit hoornvlies in te snijden (bv. keratotomie, lasik, excimer, ...). In voorkomend geval moet er minstens 1 jaar liggen tussen 2 terugbetaalbare prestaties voor hetzelfde oog.

15.5.9. Daghospitalisatie voor een breuk:

Alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties en de farmaceutica zijn gedekt aan 100% van het saldo voor zover ze verstrekt zijn in het ziekenhuis tijdens het interval tussen het plaatsen en het weghalen van het immobilisatiemateriaal door een geneesheer.

De breuken waarvoor een operatie of een ziekenhuisverblijf nodig is, vallen onder de bepalingen van artikelen 15.2 en 15.3.

15.5.10. Dekking van de medische kosten naar aanleiding van een overlijden:

Indien de patiënt overlijdt vóór de operatie of vóór er een ziekenhuisverblijf van minstens 1 dag en 1 nacht gefactureerd is, worden alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties, de farmaceutica en de ziekenwagen gedekt ad 100% van het saldo.

15.5.11. Dekking van ambulante, onder verdoving uitgevoerde, prestaties:

Met uitzondering van de prestaties vermeld in artikelen 15.1 tot en met 15.5.10 en in artikelen 16.1 tot en met 16.3, is er een dekking aan 100% van het saldo voor alle in de RIZIV nomenclatuur opgenomen prestaties als ze ambulant onder verdoving verstrekt worden door een geneesheer in een ziekenhuis. De voor- en nabehandeling is uitgesloten.

ARTIKEL 16 DEKKING IN HET BUITENLAND

16.1. Ziekenhuisverblijf:

De kosten in het buitenland worden gedekt door een forfaitaire terugbetaling ad 150,00 EUR per dag gedurende maximum 10 verblijfdagen in een ziekenhuis.

16.2. Brillen en lenzen met een dioptrie van minstens 0,25:

De tegemoetkoming is begrensd tot 50% van de kostprijs maar beperkt tot 175,00 EUR (één aankoop voor brillen maar meerdere aankopen voor lenzen) voor één aankoop per verzekerde en per kalenderjaar.

Deze tussenkomst is niet cumuleerbaar met deze voorzien in het artikel 15.5.1.

16.3. Grensbewoners:

Aanvragen tot tussenkomst betreffende grensbewoners, zoals bepaald in punt 1.9., houden rekening met de werkelijke terugbetalingen van sociale zekerheid waarbij de verzekerde aangesloten is en, voor de berekening van de door de huidige polis voorzien limieten die op een wettelijke tussenkomst gebaseerd worden, met de door de Belgische sociale zekerheid uitgekeerde bedragen of, als de verzekerde geen aanspraak kan maken op een tussenkomst van deze, op de bedragen die uitgekeerd zouden geweest zijn als zij tussengekomen was.

ARTIKEL 17 BIJZONDERE VOORWAARDEN

Limieten

- a) Ernstige ziekten: algemeen plafond van 20.000,00 EUR per verzekerde en per kalenderjaar voor de totaliteit van de kosten verbonden aan éénzelfde ziekte.
- b) Hart- en/of slagaderoperaties en overbruggingen met een RIZIV-sleutelwaarde vanaf N1500: algemeen plafond van 15.000,00 EUR per verzekerde en per jaar* voor de totaliteit van de kosten verbonden aan éénzelfde operatie.
- c) Alle andere kosten (ongeval, ziekte, bevalling, ambulante prestaties, ...): algemeen plafond van 10.000,00 EUR per verzekerde en per jaar* voor de totaliteit van de kosten verbonden aan éénzelfde ongeval, ziekte of bevalling.

* Met "jaar" (zie b en c) wordt in het kader van éénzelfde ongeval, ziekte of bevalling het tijdsinterval van 1 jaar bedoeld gerekend vanaf de datum van de verstrekking van de eerste door MedExel terugbetaalbare prestatie of kost.

Hoofdstuk IV Algemene uitsluitingen

ARTIKEL 18

Niet gedekt zijn ziekenhuiskosten en verpleegkosten voortvloeiend uit een ziekte of ongeval, te wijten aan:

- een oorlogsgebeuren;
- oproer, burgeropstootjes, collectieve gewelduitbarstingen om politieke of ideologische redenen, behalve indien de verzekerde het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig bij de gebeurtenissen was betrokken;
- het uitvoeren van een, in welke vorm ook, betaalde sportactiviteit waarvoor ingangsgeld betaald wordt, de trainingen inbegrepen;
- dronkenschap, alcoholisme, toxicomanie;
- het onder invloed zijn van verdovende, hallucinerende middelen of andere drugs;
- vrijwillige medewerking aan een misdaad of vergriep;
- waaghalzerij, weddenschappen of uitdagingen;
- een zelfmoordpoging, opzettelijke zelfverminking, een opzettelijke daad van de verzekerde, of de verergering van het risico door de schuld van de verzekerde;
- de rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van radioactieve substanties of kunstmatige versnellingsprocessen van atoomdeeltjes;
- schoonheids- en verjongingsbehandelingen of –operaties, behalve die welke door het ziekenfonds worden terugbetaald;
- een aandoening of invaliditeit die niet door een geneeskundig onderzoek kan worden gecontroleerd of die verband houdt met een zenuw- of geestesaandoening zonder objectieve symptomen, tenzij de realiteit ervan klaarblijkelijk is en zowel door de behandelende geneesheer als door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds wordt erkend.

Hoofdstuk V Voorschriften voor uitbetaling

ARTIKEL 19

Indieningsprocedure

Zware ziekten:

Om een dossier gelinkt aan de kosten van de behandeling van één van de zware ziekten waarvan sprake is in artikel 1.10 te openen moet MedExel beschikken over een medisch rapport opgemaakt door een geneesheer specialist met vermelding van de aard van de aandoening.

AssurCard:

MedExel stelt een derdebetalerskaart 'AssurCard' ter beschikking van de verzekerden. Dit systeem georganiseerd door MedExel is gebaseerd op een elektronische kaart, waarmee bij een hospitalisatie in België

- een opname zonder betaling van een voorschot mogelijk is.
- de verzekerde kan genieten van een derde betaler systeem. De factuur gaat rechtstreeks naar MedExel, die de kosten zal betalen aan het ziekenhuis.

Het gebruik van de AssurCard door de verzekerde impliceert zijn instemming met het systeem van derde betaler. Daardoor treedt MedExel in de plaats van de patient als schuldenaar van de hospitalisatiefactuur. Concreet wil dit zeggen dat de factuur rechtstreeks naar MedExel wordt gestuurd. Zij schiet het gefactureerde bedrag volledig voor, ook de kosten die niet gedekt zijn door de verzekeringspolis. De niet terugbetaalbare kosten worden aangerekend aan de verzekerde en moeten door hem (terug)betaald worden.

ARTIKEL 20

Voor te leggen documenten:

MedExel heeft steeds het recht een medisch attest te eisen om de ontvankelijkheid van de aanvraag na te gaan.

20.1. Voor elke aanvraag tot tegemoetkoming moeten de hierna vermelde bewijsstukken worden voorgelegd, bij voorkeur in de vorm van fotokopieën. Om de goede werking van MedExel te verzekeren worden in geen geval de ingediende documenten of kopieën ervan teruggestuurd naar de verzekerden. De ingediende documenten zijn het eigendom van MedExel.

20.1.1. De ereloonnota's van de zorgverstrekker waarop zijn naam en RIZIV-identificatienummer, samen met de naam van de patiënt, de data en RIZIV-codenummers van de prestaties en het gevraagde ereloon, worden vermeld.

20.1.2. De gedetailleerde terugbetalingsattesten van het ziekenfonds evenals van eventuele andere verzekeringsorganismen of derden.

20.2. Voor alle terugbetalingsaanvragen moet een specifiek document worden ingevuld.

ARTIKEL 21

MedExel is in geen geval verantwoordelijk voor het verlies van originele documenten (facturen, bewijsstukken, rekeningen, enz.), indien die bij het terugbetalingsformulier zouden worden gevoegd.

ARTIKEL 22

Wanneer het eindsaldo van het dossier negatief zou blijken, verbindt de titularis zich tot de onmiddellijke terugbetaling aan MedExel vanaf kennisgeving hiervan door laatstgenoemde.

Indien aan deze kennisgeving na een termijn van 30 dagen geen gevolg gegeven wordt mag MedExel alle terugbetalingen opschorten alsook het gebruik van de AssurCard.

ARTIKEL 23 BETALING VAN DE PREMIES

Iedere titularis (en aangesloten gezinsleden) zijn een persoonlijke premie aan MedExel verschuldigd.

De premie is verschuldigd vanaf de datum van aansluiting. De hoofdverzekerde betaalt zijn premie plus die van zijn mede-verzekerden.

De hoofdverzekerde heeft de keuze tussen:

- een jaarlijkse premie op voorhand te betalen in de maand januari. De persoon die in de loop van het jaar aansluit betaalt in de maand van aansluiting. De verzekerde betaalt via een overschrijving.
- een maandelijkse premie. Dat kan op voorwaarde dat de verzekerde betaalt via een Europees domiciliëringsmandaat Sepa.

Opgelet:

De niet-betaling van een maandelijkse premie opgevraagd per bankdomiciliëring brengt de volgende maand een nieuwe opvraging met zich op basis van de cumulatie van twee maandpremies. In geval van niet-betaling van deze twee maandpremies vindt er de volgende maand een derde opvraging plaats op basis van de drie onbetaalde maandelijkse premies.

Gedurende heel de periode dat de premies niet worden betaald, wordt de terugbetaling van de tijdens de periode opgelopen kosten, opgeheven. Door de betaling van de achterstallige premies tijdens de schorsing wordt een einde gemaakt aan de schorsing.

Het niet betalen van de ingebrekestelling verstuurd per aangetekende brief na de drie onbetaalde opvragingen per domiciliëring heeft het verlies van de hoedanigheid van verzekerde voor alle betrokken verzekerden tot gevolg. De hoofdverzekerde wordt per brief op de hoogte gebracht van het verlies van de hoedanigheid van verzekerde, van het recht om het derde betalingsstelsel te genieten en van de annulatie van de AssurCard.

In geval van niet-betaling van een jaarlijkse premie stuurt de beheerder een rappel naar de hoofdverzekerde de maand die volgt op het vervaldagbericht. De volgende maanden worden er naar de verzekerde een tweede en derde rappel gestuurd. De gevolgen van de niet-betaling van een jaarpremie zijn identiek met deze beschreven voor de niet-betaling van een maandpremie.

De waarborg treedt terug in werking de dag die volgt op de integrale betaling van de premies.

Tijdens de periode van opheffing brengt de beheerder de verzekeringsmaatschappij op de hoogte van de wanbetaling van de verzekeringnemer. De verzekeringsmaatschappij kan het ziekteverzekeringscontract gebonden aan de beroepsactiviteit opzeggen.

De opzegging treedt zestien dagen na een aangetekende brief verstuurd door de verzekeringsmaatschappij in werking, tenzij de premies ondertussen werden betaald.

Hoofdstuk VI Bijzondere bepalingen

ARTIKEL 24

Alle bestaande of toekomstige uitzonderingen zijn uniek en kunnen nooit als precedent van welke aard of orde ook worden ingeroepen.

ARTIKEL 25

Indien twijfel bestaat omtrent de terugbetaling van sommige kosten, heeft het lid er alle belang bij het dossier binnen de voorgeschreven termijn toch in te dienen bij MedExel, dat op grond van de verstrekte elementen, zal uitmaken of de kosten binnen de voorziene dekkingen vallen.

ARTIKEL 26

Door zich aan te sluiten, aanvaarden het hoofdlid en zijn begunstigen zich naar de algemene, bijzondere en specifieke bepalingen te schikken.

ARTIKEL 27

De algemene, bijzondere en specifieke bepalingen hebben uitwerking vanaf 01.04.2015.

CONTACTGEGEVENS VAN MEDEXEL

Louis Mettewielaan 74/76 - 1080 Brussel

Tel : 02/44 44 907

E-mail : ing@medexel.be



Elke klacht over de verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval kan worden gericht aan:

Ethias « Dienst 2000 »

Prins-Bisschopssingel 73 - 3500 HASSELT - Fax 011 28 20 10 - klachtenbeheer@ethias.be

Ombudsdienst Verzekeringen

de Meeûssquare 35 - 1000 BRUSSEL - Fax 02 547 59 75 - info@ombudsman.as

Het indienen van een klacht doet geen afbreuk aan de mogelijkheid om een gerechtelijke procedure aan te spannen. Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst.