

Beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst “Ambulante Zorgen”

Ambuflex Plus

Afgesloten met: *naam verzekeringnemer

Polisnummer: 0000* 784

Deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst wordt gevormd door bijgaande voorwaarden en de eventuele bijlagen en wordt gesloten tussen:

**naam verzekeringnemer*

**adres verzekeringnemer (straat/ nummer)*

**adres verzekeringnemer (woonplaats)*

ondernemingsnummer: *

hierna “de verzekeringnemer” genoemd

*handelend in eigen naam en in naam en voor rekening van de hieronder opgesomde verbonden vennootschappen, voor alles wat de uitvoering van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst “Ambulante Zorgen” betreft, incl. het ondertekenen, in naam van de verbonden vennootschappen, van alle bijvoegsels die de bepalingen van deze overeenkomst wijzigen:

*

en

Justitia NV

Plantin en Moretuslei 301

2140 ANTWERPEN

ondernemingsnummer: BE0404 479 211

onderneming toegelaten (KB van 04.07.1979 – BS van 14.07.1979) om de tak “Ziekte-Invaliditeit” te beoefenen onder codenummer 878.

hierna “de verzekeraar” genoemd.

Het beheer van deze overeenkomst wordt uitgevoerd door:

Vanbreda Risk & Benefits NV

Plantin en Moretuslei 297

2140 ANTWERPEN

ondernemingsnummer: BE0404 055 676

hierna “de beheerder” genoemd.

Beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst “Ambulante zorgen” - Ambuflex Plus

Polisnummer: 0000* 784

1

1. Verzekerde

De verzekerde is de persoon die voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden, aangesloten is bij deze overeenkomst en op wie het risico rust.

Bovendien is daarbij:

- de hoofdverzekerde, de verzekerde die op het moment van de aansluiting beroepsmatig verbonden is met de verzekeringnemer;
- de medeverzekerde, een gezinslid van de hoofdverzekerde.

2. Duur van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst

Deze overeenkomst wordt afgesloten voor de duur van *1 jaar en neemt een aanvang op */*/. Op de jaarlijkse vervaldag wordt zij stilzwijgend voor de duur van één jaar hernieuwd, behalve bij aangetekende opzegging door één van de partijen aan de andere, ten minste 3 maanden vóór het einde van het verzekeringsjaar.

In geval van een fundamentele wijziging van de wetgeving op de sociale zekerheid, van de wet op de ziekenhuizen of van enige andere wetgeving die een impact kan hebben op onderhavige overeenkomst, kan de verzekeraar de verzekeringsvoorwaarden wijzigen. Dit wordt voorafgaand besproken met de verzekeringnemer. De verzekeringnemer kan indien gewenst, de overeenkomst opzeggen binnen de drie maanden na de kennisgeving van de wijziging.

3. Definities

3.1. Ambulante zorgen

Medische zorgen verstrekt buiten een hospitalisatie.

Kosten aangerekend op een (dag)hospitalisatiefactuur die niet terugbetaald worden in een hospitalisatieverzekering kunnen ten laste genomen worden volgens de terugbetalingsvoorwaarden van deze overeenkomst, Ambuflex Plus.

3.2. Geneesmiddel

Elk product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt en:

- ofwel geregistreerd is als geneesmiddel in België;
- ofwel waarvoor het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) een vergunning verleend heeft voor het in de handel brengen ervan.

3.3. Hospitalisatie

Een medisch noodzakelijk verblijf in een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en waarvoor verblijfskosten in het kader van "Hospitalisatie" of "Dagziekenhuis/ One-day clinic" (al dan niet chirurgisch) worden aangerekend.

3.4. Ongeval

Elke aantasting van de gezondheidstoestand veroorzaakt door een plotselinge gebeurtenis die zich buiten het organisme situeert, die onafhankelijk van de wil van de verzekerde optreedt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn, en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie vereisen.

3.5. Verzekeringsjaar

De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de aanvangsdatum van dit plan tot de datum van de eerste jaarlijkse vervalddag die erop volgt en daarna, elke nieuwe periode van één jaar die daarop volgt.

3.6. Wachtijd

Een éénmalige periode die start op de aansluitingsdatum van de verzekerde en waarin de verzekeraar geen tussenkomst verschuldigd is.

3.7. Wettelijke tussenkomst

Elke vergoeding die wordt bepaald door de Belgische wetten die van toepassing zijn op de loontrekkenden. Onder Belgische wetten van toepassing op loontrekkenden bij ziekte of ongeval wordt verstaan, de wetgeving betreffende:

- de verplichte verzekering tegen ziekte of invaliditeit;
- arbeidsongevallen;
- beroepsziekten.

3.8. Ziekte

Elke aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een ongeval veroorzaakt wordt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn, en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie vereisen.

4. Aansluiting en einde van de aansluiting

4.1. Aansluiting van de hoofd- en de medeverzekerden

Alle personeelsleden in dienst van de verzekeringnemer die behoren tot **benoemen personeelscategorie* kunnen facultatief aansluiten bij dit plan op voorwaarde dat zij aangesloten zijn bij en genieten van de Belgische sociale zekerheid. Zij worden **hoofdverzekerden** genoemd.

Ook de gezinsleden van de hoofdverzekerde kunnen facultatief aansluiten op voorwaarde dat alle gezinsleden aansluiten. Zij worden **medeverzekerden** genoemd. Ook voor de medeverzekerden geldt dat zij aangesloten moeten zijn bij en genieten van de Belgische sociale zekerheid.

Onder gezinsleden wordt verstaan:

- *
;
- *
;
- *
.

De aansluiting van zowel de hoofd- als de medeverzekerden gebeurt zonder medische formaliteiten of wachttijden. De keuze tot aansluiting kan jaarlijks gemaakt worden. De hoofdverzekerde is verantwoordelijk voor de opgave van de correcte aansluitingsgegevens van de verzekerden.

4.2. Waarborgkeuze

Ambuflex Plus biedt 2 waarborgen aan:

- basiswaarborg "Ambulante zorgen";
- uitbreiding "Optical & Dental".

Beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst "Ambulante zorgen" - Ambuflex Plus
Polisnummer: 0000* 784

3

De hoofdverzekerde kan een keuze maken uit volgende aansluitingsscenario's:

- enkel de **hoofdverzekerde sluit aan**:
 - o ofwel *enkel* bij de basiswaarborg "Ambulante zorgen";
 - o ofwel *zowel* bij de basiswaarborg "Ambulante zorgen" als bij de uitbreiding "Optical & Dental".
- zowel de **hoofdverzekerde als alle gezinsleden die voldoen aan de aansluitingsvoorwaarden sluiten aan**:
 - o ofwel *enkel* bij de basiswaarborg "Ambulante zorgen";
 - o ofwel *zowel* bij de basiswaarborg "Ambulante zorgen" als bij de uitbreiding "Optical & Dental".

Enkel aansluiten bij de uitbreiding "Optical & Dental" is niet mogelijk.

4.3. Einde van de aansluiting

De aansluiting van de hoofdverzekerde en de medeverzekerden wordt beëindigd op de eerstvolgende jaarvervaldag volgend op de dag waarop:

- de arbeidsovereenkomst tussen de hoofdverzekerde en de verzekeringnemer eindigt of verbroken wordt, incl. bij SWT;
- de hoofdverzekerde de leeftijd van 67 jaar bereikt of bij eerdere (vervroegd) wettelijke pensionering van de hoofdverzekerde;
- de hoofdverzekerde niet meer behoort tot **benoemen personeelscategorie*;
- de medeverzekerde de hoedanigheid van verzekerde verliest;
- de hoofdverzekerde de aansluiting vrijwillig stopzet.

5. Waarborgen

5.1. Basiswaarborg "Ambulante zorgen"

Ambuflex Plus voorziet tussenkomst in de hieronder opgesomde limitatieve lijst van medische kosten. Volgende kosten voor ambulante zorgen zijn verzekerd:

- de kosten voor het **ereloon van een geneesheer** voor prestaties die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op voorwaarde dat de verzekerde voor de betrokken prestatie ook effectief wettelijke tussenkomst ontvangt. Alle kosten die verband houden met tandbehandelingen en tandheelkundige zorgen zijn uitgesloten. Onder deze uitsluiting vallen ook de kosten voor stomatologie, parodontologie, endodontische tandheelkunde en orthodontie.
- de kosten voor de **medische en paramedische prestaties** die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op voorwaarde dat de verzekerde voor de betrokken prestatie ook effectief wettelijke tussenkomst ontvangt. Het gaat over volgende limitatieve lijst:
 - o medische beeldvorming;
 - o medische labo-onderzoeken;
 - o verpleegkundige zorgen;
 - o kinesitherapie;
 - o fysiotherapie;
 - o ergotherapie;
 - o logopedie.

- de kosten voor **geregistreerde geneesmiddelen**.

Alle opgesomde kosten worden terugbetaald aan 100%. Voor de **erelonen van een geneesheer en de medische en paramedische prestaties** gebeurt dit na afhouding van de effectieve wettelijke tussenkomst.

De **geregistreerde geneesmiddelen worden terugbetaald rekening houdend met** de hierna volgende jaarplafonds. Het **jaarplafond is afhankelijk van de grootte van het gezin**, zoals hieronder omschreven. Een gezinslid kan daarbij de partner of een kind zijn.

- max. 150,00 EUR: enkel de hoofdverzekerde (werknemer);
- max. 300,00 EUR: de hoofdverzekerde en één medeverzekerde (gezinslid);
- max. 450,00 EUR; de hoofdverzekerde en maximum 3 medeverzekerden (gezinsleden);
- max. 600,00 EUR: de hoofdverzekerde en minstens 4 medeverzekerden (gezinsleden).

Bovendien is voor het **totaal van alle verzekerde kosten in deze waarborg een globaal jaarplafond van toepassing**. Dit is de totale maximale tussenkomst per jaar en per gezin, zoals hieronder omschreven. Het jaarplafond is gelijk aan:

- max. 300,00 EUR: enkel de hoofdverzekerde (werknemer);
- max. 600,00 EUR: de hoofdverzekerde en één medeverzekerde (gezinslid);
- max. 900,00 EUR; de hoofdverzekerde en maximum 3 medeverzekerden (gezinsleden);
- max. 1.200,00 EUR: de hoofdverzekerde en minstens 4 medeverzekerden (gezinsleden).

Voor de bepaling van het jaarplafond per gezin wordt naar de gezinssituatie op ** de vervalldag invullen* gekeken. Op dat moment wordt het jaarplafond bepaald voor het verzekeringsjaar dat van start gaat. Het jaarplafond kan daarna op elke jaarlijkse vervalldag worden aangepast aan de hand van de gezinssituatie op dat moment en volgens de hierboven vermelde afspraken.

5.2. Uitbreiding “Optical & Dental”

5.2.1 Optical

a) Brilglazen en contactlenzen

De kosten voor corrigerende brilglazen en corrigerende contactlenzen zijn verzekerd.

Deze kosten worden terugbetaald aan 60% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde na afhouding van de eventuele wettelijke tussenkomst. Dit betekent dat als de verzekerde wettelijke tussenkomst ontvangt deze zal afgehouden worden van het betaalde bedrag. Op dat saldo wordt het terugbetalingspercentage van 60% toegepast. Krijgt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst (*) dan is de tussenkomst van dit plan gelijk aan 60% van het bedrag dat de verzekerde betaalde. Bovendien geldt een jaarplafond per verzekerde zoals beschreven in artikel 5.2.3.

b) Brilmonturen

Ambuflex Plus voorziet tussenkomst in de kosten voor een brilmontuur.

Deze kosten worden terugbetaald aan 60% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde na afhouding van de eventuele wettelijke tussenkomst. Dit betekent dat als de verzekerde wettelijke tussenkomst ontvangt deze zal afgehouden worden van het betaalde bedrag. Op dat saldo wordt het terugbetalingspercentage van 60% toegepast. Krijgt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst (*) dan is de tussenkomst van dit plan gelijk aan 60% van het bedrag dat de verzekerde betaalde. Bovendien bedraagt de tussenkomst maximum 100,00 EUR per verzekerde per verzekeringsjaar en geldt een jaarplafond per verzekerde zoals beschreven in artikel 5.2.3.

() Als de verzekerde om een reden waarvoor hij zelf verantwoordelijk is geen wettelijke tussenkomst ontvangt zoals bijvoorbeeld als de verzekerde de wettelijke bijdrage voor aansluiting bij de Beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst “Ambulante zorgen” - Ambuflex Plus*
Polisnummer: 0000* 784

ziekteverzekering (mutualiteit) niet betaalde, dan wordt de fictieve wettelijke tussenkomst afgehouden. Deze fictieve wettelijke tussenkomst is gelijk aan het bedrag waar een werknemer volgens de Belgische ziekteverzekeringswetgeving voor die bepaalde prestatie of kost recht op heeft als hij voldoet aan de vergoedings-of tussenkomstvoorwaarden van de wettelijke ziekteverzekering.

5.2.2 Dental

Voor de volledige waarborg “Dental” geldt dat de kosten voor esthetische tandzorgen en -behandelingen nooit verzekerd zijn. Zijn wel verzekerd, de kosten voor:

a) Tandzorgen

Zijn verzekerd: de kosten voor **consultaties, tandzorgen en tandbehandelingen bij een tandheeskundige** voor prestaties die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Deze kosten worden terugbetaald aan 80% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde na afhouding van de eventuele wettelijke tussenkomst. Dit betekent dat als de verzekerde wettelijke tussenkomst ontvangt deze zal afgehouden worden van het betaalde bedrag. Op dat saldo wordt het terugbetalingspercentage van 80% toegepast. Krijgt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst (*) dan is de tussenkomst van dit plan gelijk aan 80% van het bedrag dat de verzekerde betaalde. Bovendien geldt een jaarplafond per verzekerde zoals beschreven in artikel 5.2.3.

b) Orthodontie

De kosten voor **orthodontie** voor verzekerden tot en met 25 jaar voor prestaties die opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn verzekerd.

Deze kosten worden terugbetaald aan 80% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde na afhouding van de eventuele wettelijke tussenkomst. Dit betekent dat als de verzekerde wettelijke tussenkomst ontvangt deze zal afgehouden worden van het betaalde bedrag. Op dat saldo wordt het terugbetalingspercentage van 80% toegepast. Krijgt de verzekerde geen wettelijke tussenkomst (*) dan is de tussenkomst van dit plan gelijk aan 80% van het bedrag dat de verzekerde betaalde. Bovendien geldt een jaarplafond per verzekerde zoals beschreven in artikel 5.2.3.

c) Tandprothesen

Dit plan voorziet tussenkomst in de kosten voor **uitneembare en vaste tandprothesen** zoals implantaten, stifttanden, kronen, en bruggen. Deze kosten worden terugbetaald aan 60% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde en binnen het jaarplafond dat voor deze kosten is voorzien (zie onder 5.2.3). Bijkomend geldt een maximum van 1 terugbetaling om de 3 jaar voor dezelfde tand.

Voor de **uitneembare tandprothese** geldt bovendien dat deze kosten moeten opgenomen zijn in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Als de verzekerde wettelijke tussenkomst ontvangt zal deze afgehouden worden van het betaalde bedrag. Op dat saldo wordt het terugbetalingspercentage van 60% toegepast. Krijgt de verzekerde deze wettelijke tussenkomst (*) niet dan is de tussenkomst van dit plan gelijk aan 60% van het bedrag dat de verzekerde betaalde. Bovendien geldt een jaarplafond per verzekerde zoals beschreven in artikel 5.2.3.

De kosten voor het herstellen van zowel uitneembare tandprothesen als vaste tandprothesen komen niet in aanmerking.

() Als de verzekerde om een reden waarvoor hij zelf verantwoordelijk is geen wettelijke tussenkomst ontvangt zoals bijvoorbeeld als de verzekerde de wettelijke bijdrage voor aansluiting bij de wettelijke ziekteverzekering (mutualiteit) niet betaalde dan wordt de fictieve wettelijke tussenkomst afgehouden. Deze fictieve wettelijke tussenkomst is gelijk aan het bedrag waar een werknemer volgens de Belgische*

ziekteverzekeringswetgeving voor die bepaalde prestatie of kost recht op heeft als hij voldoet aan de vergoedings-of tussenkomstvoorwaarden van de wettelijke ziekteverzekering.

5.2.3 Jaarplafond uitbreiding “Optical & Dental”

Het **jaarplafond per verzekerde** voor de volledige uitbreiding “Optical & Dental”, dit wil zeggen, brilglazen, brilmonturen, contactlenzen, tandzorgen, orthodontie en tandprothesen samen, is gelijk aan:

- het eerste jaar van de aansluiting: 500,00 EUR
- het tweede jaar van de aansluiting: 1.000,00 EUR
- vanaf het derde jaar van de aansluiting: 1.500,00 EUR

Bovenvermelde plafonds zijn enkel van toepassing als de aansluiting ononderbroken is en dus als de aansluitingsjaren elkaar zonder onderbreking opvolgen. Bij elke heraansluiting na een onderbreking geldt het eerste jaar van de heraansluiting het jaarplafond van het eerste jaar van aansluiting. Vanaf dan wordt het jaarplafond bij een verdere ononderbroken aansluiting opgetrokken volgens het schema hierboven vermeld.

6. Territorialiteit

De beschreven waarborgen zijn enkel van toepassing voor kosten gemaakt in België.

7. Uitsluitingen

Voor volgende kosten voorziet dit plan geen tussenkomst:

- de kosten voor esthetische zorgen en behandelingen;
- de kosten die niet zijn opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen behalve als anders vermeld;
- de kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde.

8. Premie

8.1. Basiswaarborg “Ambulante zorgen”

De **jaarlijkse nettopremie per gezin**, excl. de verzekeringstaks, is gelijk aan:

- | | |
|---|--------------|
| - globaal jaarplafond van 290,00 EUR: | 309,36 EUR |
| - globaal jaarplafond van 580,00 EUR: | 618,72 EUR |
| - globaal jaarplafond van 870,00 EUR: | 928,10 EUR |
| - globaal jaarplafond van 1.160,00 EUR: | 1.238,83 EUR |

Deze nettopremie wordt verhoogd met de wettelijk bepaalde verzekeringstaks die op het ogenblik van het sluiten van deze overeenkomst gelijk is aan 9,25%. Bij een eventuele toekomstige wijziging van de lasten en taksen zullen de premies hieraan automatisch aangepast worden.

De **jaarlijkse brutopremie per gezin**, incl. de verzekeringstaks van 9,25%, is gelijk aan:

- | | |
|---|--------------|
| - globaal jaarplafond van 290,00 EUR: | 337,98 EUR |
| - globaal jaarplafond van 580,00 EUR: | 675,95 EUR |
| - globaal jaarplafond van 870,00 EUR: | 1.013,95 EUR |
| - globaal jaarplafond van 1.160,00 EUR: | 1.353,42 EUR |

8.2. Uitbreiding “Optical & Dental”

De **jaarlijkse nettopremie per verzekerde**, excl. de verzekeringstaks, is gelijk aan 234,27 EUR.

Deze nettopremie wordt verhoogd met de wettelijk bepaalde verzekeringstaks die op het ogenblik van het sluiten van deze overeenkomst gelijk is aan 9,25%. Bij een eventuele toekomstige wijziging van de lasten en taksen zullen de premies hieraan automatisch aangepast worden.

De **jaarlijkse brutopremie per verzekerde**, incl. de verzekeringstaks van 9,25%, is gelijk aan 255,94 EUR.

8.3. Acquisitie- en administratiekosten basiswaarborg “Ambulante zorgen” en uitbreiding “Optical & Dental”

De raming van de acquisitiekosten (zie 1) in de nettopremie of handelspremie is op het ogenblik van het sluiten van dit verzekeringscontract gelijk aan 5,52%. De raming van de administratiekosten (zie 1) in de nettopremie of handelspremie is op het ogenblik van het sluiten van dit verzekeringscontract gelijk aan 2,89%.

	raming van de acquisitiekosten in de handelspremie (1)	raming van de administratiekosten in de handelspremie (1)
Basiswaarborg “Ambulante zorgen”		
globaal jaarplafond van 290,00 EUR	17,08 EUR	8,94 EUR
globaal jaarplafond van 580,00 EUR	34,15 EUR	17,88 EUR
globaal jaarplafond van 870,00 EUR	51,23 EUR	26,82 EUR
globaal jaarplafond van 1.160,00 EUR	68,38 EUR	35,80 EUR
Uitbreiding “Optical & Dental”		
per verzekerde	12,93 EUR	6,77 EUR

(1) Informatie over kosten en lasten in uitvoering van het K.B. van 2 mei 2017, B.S. van 11 mei 2017.

Waarschuwing

“Merk op dat als u verschillende verzekeringsovereenkomsten gaat vergelijken, u niet enkel de geraamde kosten en lasten van de overeenkomsten met elkaar mag vergelijken, maar ook andere elementen in aanmerking moet nemen, zoals de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele vrijstellingen of de uitsluitingsclausules.

De hierboven opgegeven ramingen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt aangewend voor de dekking van het risico dat door de verzekeringsovereenkomst wordt gedekt. Het saldo van de premie, na aftrek van de taksen en bijdragen alsook van de acquisitie- en administratiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere kosten dan hierboven vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten van de schadegevallen en het beheer ervan).

Deze ramingen zijn berekend op grond van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, als goedgekeurd door haar algemene vergadering”.

Deze ramingen zullen elk jaar opnieuw berekend worden op basis van het laatste boekjaar. De informatie daaromtrent zal telkens opgenomen zijn in het premiebordereel van het lopende jaar. In de berekening van de premies met taksen en de ramingen van de kosten op de borderellen kan een minimaal verschil optreden door de afrondingsregels die worden toegepast.

8.4. Betaling van de premie

De brutopremie is zowel voor de hoofd- als de medeverzekerden * *frequentie te bepalen in overleg met de verzekeringnemer* betaalbaar. De hoofdverzekerde betaalt de brutopremie voor zichzelf en zijn gezinsleden (medeverzekerden). De brutopremies worden door de verzekeringnemer geïnd bij de hoofdverzekerde.

De verzekeringnemer is gehouden samen met de premies, alle bestaande of toekomstige taksen en parafiscale lasten te betalen. De verzekeringnemer wordt door een premieafrekening van de verzekeraar of diens lasthebber verwittigd van het te betalen premiebedrag.

Bij niet-betaling uiterlijk vijftien dagen te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte op de post van een aangetekende brief, waarin de verzekeringnemer herinnerd wordt aan de vervaldag van de premie en aan de gevolgen van niet-betaling binnen de gestelde termijn, is de waarborg van rechtswege geschorst bij het verstrijken van voormelde termijn voor alle kosten gemaakt vanaf de datum van schorsing.

De waarborg wordt slechts opnieuw van kracht na de volledige betaling van alle achterstallige premies. De verzekeraar behoudt zich het recht voor de overeenkomst op te zeggen gedurende de hierboven bedoelde schorsingsperiode. In dat geval wordt de opzegging van kracht na het verstrijken van de termijn van 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing of van de ingebrekestelling waarin de schorsing wordt aangekondigd.

8.5. Indexatie van de premie en de plafonds

8.5.1 Basiswaarborg “Ambulante zorgen”

Als basis voor de indexatie van alle jaarplafonds en jaarpremies geldt de indexatie van het globaal jaarplafond voor aansluiting van enkel de hoofdverzekerde, verder basisplafond genoemd. Bij aanvang van dit plan is het referentiejaar voor indexatie *2024.

Het basisplafond wordt jaarlijks op 1/1 (N) opwaarts geïndexeerd op basis van de gezondheidsindex van de maand mei. De verhoging wordt bepaald door de gezondheidsindex van de maand mei van het jaar N-1 te delen door gezondheidsindex van de maand mei van het referentiejaar. Het indexatiepercentage dat op deze manier wordt bekomen, wordt toegepast op het basisplafond. Als het resultaat van deze berekening hoger of gelijk is aan een nieuw tental dat volgt op het basisplafond dan wordt het geïndexeerde basisplafond afgerond naar beneden en gelijkgesteld aan het hoogst bereikte tental. De verhouding tussen het aldus bekomen geïndexeerde basisplafond en het basisplafond levert het effectieve indexatiepercentage voor alle jaarplafonds (globale plafonds en plafonds voor geneesmiddelen) en voor de nettopremies op. De geïndexeerde bedragen worden toegepast vanaf de vervaldag, */* en het referentiejaar voor indexatie wordt voor de volgende jaarlijkse indexatie aangepast naar N. Is het resultaat van de hierboven vermelde berekening kleiner is dan een nieuw tental dat volgt op het basisplafond, dan wordt de indexatie niet toegepast en dan blijft voor de volgende jaarlijkse indexatie het referentiejaar behouden.

8.5.2 Uitbreiding “Optical & Dental”

De **nettopremies** worden jaarlijks op 1/1 (N) opwaarts geïndexeerd op basis van de gezondheidsindex van de maand mei. De verhoging wordt bepaald door de gezondheidsindex van de maand mei van het jaar N-1 te delen door de gezondheidsindex van de maand mei van het jaar N-2. De geïndexeerde premies worden toegepast vanaf de vervaldag, */*.

De **jaarplafonds en het plafond voor het brilmontuur** worden niet geïndexeerd.

9. Beheerder

Voor het beheer van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst worden door de verzekeraar bepaalde taken aan de beheerder toevertrouwd.

Een kaderovereenkomst regelt de taken die de beheerder uitvoert voor rekening van de verzekeraar.

In geval van opzeg van de kaderovereenkomst, zal ze van kracht blijven tot aan de afloop van de lopende verzekerde periode van deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Alle in die periode voorgevallen schadegevallen zullen beheerd blijven door de beheerder.

In geval van opzeg van de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst zal de kaderovereenkomst van kracht blijven tot aan het einde van de verzekerde periode voorzien in de beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst. Alle in die periode voorgevallen schadegevallen zullen beheerd blijven door de beheerder.

10. Geschillen

Partijen proberen om elk geschil betreffende deze overeenkomst eerst op minnelijke wijze te regelen. Indien dit niet mogelijk blijkt, zal het geschil behoren tot de uitsluitende bevoegdheid van de rechtbanken van het arrondissement Antwerpen, afdeling Antwerpen.

11. Slotbepalingen

11.1 Individuele voortzetting en voorfinanciering

Deze overeenkomst is een beroepsgebonden overeenkomst waarop de wet op de ziekteverzekeringsovereenkomsten van toepassing is.

11.2 Modaliteiten van uitbetaling

De verzekerde ontvangt de tussenkomst berekend op basis van deze overeenkomst binnen de 10 werkdagen na het bezorgen van de nodige bewijsstukken aan de beheerder. De verzekeraar is in geen enkel geval verwijlntresten verschuldigd.

11.3 Berekening tussenkomst

Op het bedrag van de verzekerde kosten wordt in mindering gebracht: iedere vergoeding in uitvoering van gelijk welke andere verzekering met hetzelfde oogmerk of van gelijk welke kas, fonds, organisme of instelling, inclusief de aanvullende verzekering van de mutualiteit. Verder wordt de tussenkomst in de verzekerde kosten berekend op basis van de voorwaarden vermeld in artikel 5.

11.4 Indienen van kosten

Voor het indienen van de medische kosten maken de verzekerde en de verzekeringnemer gebruik van de verschillende digitale toepassingen die aangeboden worden door de beheerder.

Voor aankopen in de apotheek maakt de verzekerde bij voorkeur gebruik van AssurPharma. Als dat niet mogelijk is, dienen deze kosten ingediend te worden aan de hand van een BVAC-attest.

11.5 Datatransfert

Alle uitwisseling van data tussen de verzekeringnemer en de beheerder gebeurt aan de hand van een jaarlijkse interface. Met uitwisseling van data wordt bedoeld:

- naam, voornaam, geslacht, geboortedatum en adres van de te verzekeren personen;
- mailadres van de hoofdverzekerde;
- datum van aansluiting;
- voor de medeverzekerden: de relatie met de hoofdverzekerde;
- datum van einde van de aansluiting.

11.6 Verval van de waarborgen

De waarborgen vervallen als de verzekeringnemer of de verzekerde valse certificaten voorleggen of valse verklaringen afleggen of feiten, die de beslissing van de verzekeraar zouden hebben beïnvloed, bewust werden verzwegen.

11.7 Informatie bij verwerking persoonsgegevens

In het kader van de samenwerking tussen partijen, bezorgt de verzekeringnemer aan de verzekeraar persoonsgegevens die de verzekeraar verwerkt als Verwerkingsverantwoordelijke rekening houdende met de van toepassing zijnde privacywetgeving.

1. De verzekeraar heeft een Data Protection Officer aangesteld. Deze is bereikbaar op dpo@justitiantv.be of Justitia NV, t.a.v. Data Protection Officer, Plantin en Moretuslei 301, 2140 Antwerpen.
2. De verzekeraar verwerkt deze persoonsgegevens om te voldoen aan haar wettelijke verplichtingen (hierna 'WP') (zoals o.a. in het kader van de AssurMiFID-, de antiwitwas- en de anti-terroriswewetgeving), in het kader van de uitvoering van de Overeenkomst (hierna 'OV'), als de verwerking noodzakelijk is in het kader van rechtsvorderingen (hierna 'RV') en voor de behartiging van haar gerechtvaardigde belangen (hierna 'GB'). In bepaalde gevallen zal de betrokkene toestemming voor de verwerking moeten geven.
3. De verzekeraar zal deze persoonsgegevens verwerken voor volgende doeleinden:
 - o klantenbeheer (WP en/of OV en/of GB);
 - o behandeling van de aanvragen en schadegevallen (OV);
 - o beheer van ziekteverzekeringen (OV);
 - o beheer van betwistingen en geschillen (OV en/of RV);
 - o technisch-commerciële inlichtingen (OV en/of RV);
 - o public relations (GB);
 - o bestrijding van fraude en inbreuken van het cliënteel (GB);
 - o beveiliging (GB);
 - o bescherming van de maatschappij, eigen sector of organisatie (WP en/of GB).
4. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om het beheer van dit contract en/of van de schadegevallen aan Vanbreda Risk & Benefits toe te vertrouwen. Hiertoe sluit ze met deze laatste een kaderovereenkomst.

5. In het kader van samenwerking kan de verzekeraar deze persoonsgegevens doorgeven aan de beheerder Vanbreda Risk & Benefits, experts, controle-artsen, mutualiteiten. Deze persoonsgegevens kunnen ook verwerkt worden door leveranciers of onderaannemers van de verzekeraar die optreden als Verwerker. Indien de verzekeraar hiertoe wettelijk verplicht is, kunnen deze persoonsgegevens doorgegeven worden aan overheidsinstanties.
6. Tenzij dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de overeenkomst, worden de persoonsgegevens niet verwerkt of doorgegeven naar landen buiten de Europese Unie.
7. Deze persoonsgegevens worden ten laatste vernietigd na de verjaring van de aansprakelijkheidstermijn voor potentiële klachten.
8. Elke betrokkene heeft het recht om de verzekeraar te verzoeken om de inzage en rectificatie, wissing of beperking van de persoonsgegevens van de hem betreffende verwerking. Hij mag bezwaar maken tegen de verwerking en heeft een recht op gegevensoverdraagbaarheid.
9. Indien de verwerking gebaseerd is op toestemming, heeft de betrokkene het recht om deze toestemming in te trekken. Zulke intrekking doet geen afbreuk aan de rechtmatigheid van de verwerking op basis van de toestemming voor de intrekking daarvan.
10. Elke betrokkene heeft het recht klacht in te dienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.
11. De door de verzekeraar opgevraagde persoonsgegevens zijn noodzakelijk voor een goede uitvoering van de samenwerking. Indien deze persoonsgegevens niet worden verstrekt, kan de verzekeraar verdere samenwerking weigeren of kan deze niet (volledig) volgens de regels van de kunst worden uitgevoerd.
12. De persoonsgegevens kunnen gebruikt worden voor geautomatiseerde besluitvorming. Indien dit het geval is, zal de verzekeraar de betrokkene hierover inlichten.

Meer informatie over het privacybeleid van Justitia vindt u terug op www.justitia.be/nl/privacy.

11.8 Indeplaatsstelling of subrogatie

De verzekeraar die tot betaling is gehouden of een betaling heeft verricht treedt in de rechten en vorderingen die de verzekerde op aansprakelijke derden kan hebben. De verzekerde mag bijgevolg noch geheel noch gedeeltelijk afstand doen van om het even welk verhaal op derden.

De voorgelegde bewijsstukken worden eigendom van de verzekeraar.

11.9 Woonkeuze

De woonplaats van de verzekeringnemer en van de verzekeraar is van rechtswege gekozen op hun respectievelijke maatschappelijke zetel en voor de verzekerde op de laatste woonplaats gekend door de verzekeringnemer.

11.10 TRIP

Justitia NV neemt deel aan de "Terrorism Reinsurance and Insurance Pool" (TRIP). Deze beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst "Gezondheidszorgen" dekt bijgevolg de schade veroorzaakt door een daad van terrorisme zoals gedefinieerd en geregeld door de wet van 3 mei 2024, binnen het kader, de perken en de tijdslimieten van deze wet.

Beroepsgebonden ziekteverzekeringsovereenkomst "Ambulante zorgen" - Ambuflex Plus
Polisnummer: 0000* 784

12

11.11 Wetgeving van toepassing

De Belgische wetgeving is van toepassing op dit contract dat meer bepaald wordt geregeld door de Wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014 en door de diverse uitvoeringsbesluiten.

De dwingende bepalingen ervan leiden tot de opheffing, de vervanging of de aanvulling van de voorwaarden van dit contract die ermee strijdig zouden zijn.

Gedaan in Antwerpen, op */*/202* in * exemplaren waarvan iedere partij erkent één exemplaar te hebben ontvangen.

de verzekeringnemer

de verzekeraar

*

*naam en functie ondertekenaar

Justitia NV
Kris Heyman
Bestuurder