

**Polis van collectieve verzekering
Gezondheidszorgen
HOSPI & ASSIST+**

op naam van:

« Gezondheidszorgen - Hospitalisatie »

ten bate van de diamantsector gedekt door het

**Intern Compensatiefonds
van de DIAMANT**

polis actieven

Uw verzekeringsproducent:

DOSSIER Nr 23.1003.100

Opgemaakt op 24/01/2017

Bijzondere voorwaarden van de collectieve verzekeringspolis Gezondheidszorg HOSPI & ASSIST+

DE VERZEKERINGNEMER

Intern compensatiefonds voor de diamantsector

1. HET VERZEKERINGSCONTRACT

AARD

Onderhavig contract is een collectieve verzekeringsovereenkomst ziektekosten gesloten tussen **Het Intern compensatiefonds voor de diamantsector**, gevestigd te 2018 Antwerpen, Hoveniersstraat 22, handelend in de hoedanigheid van inrichter, hierna genoemd verzekeringsnemer, en de maatschappij; AXA (met maatschappelijke zetel te 1170 Watermaal-Bosvoorde, Vorstlaan 25). Deze werd afgesloten ten gunste van een aantal personen die beroepsmatig verbonden zijn met het fonds op het ogenblik van hun aansluiting. Bedrijven actief in de diamantsector kunnen ervoor opteren alle beheerders, en/of van alle vennoten en/of van alle bedienden eveneens aan te sluiten.

AANVANG

1 april 2017

JAARLIJKSE VERVALDAG VAN DE POLIS

1 april.

2. DE AANSLUITING

VERZEKERDEN EN AANSLUITINGSVOORWAARDEN

Volgende personen worden verplicht aangesloten bij de collectieve hospitalisatieverzekering vanaf de datum van hun indienstreding. Zij worden verder aangeduid als titularis:

- De arbeider of leerling tewerkgesteld bij een werkgever die aangesloten is bij de verzekeringsnemer

Facultatief kunnen volgende personen de aansluiting bij dit verzekeringscontract vragen:

- De echtgenoot/echtgenote van de hierboven benoemde titularis (of zijn/haar partner) en zijn wettelijke kinderen; erkend en geadopteerd. (hierna aangeduid als "nevenverzekerde")
- Een bedrijf dat behoort tot de sector van de Diamantsector kan overgaan tot de aansluiting van alle beheerders, en/of van alle vennoten en/of van alle bedienden (hierna aangeduid als titularis), behalve voor zij die aangesloten zijn bij een andere kostendekkende hospitalisatieverzekering die hiervan een attest kunnen voorleggen. Binnen de drie maanden na de beëindiging van deze kostendekkende hospitalisatieverzekering kunnen deze verzekerden indien gewenst eveneens aansluiten zonder wachttijd of medische vragenlijst. De

echtgenoot of zijn/haar partner en zijn wettelijke kinderen, erkend en geadopteerd kunnen op dat moment eveneens hun aansluiting vragen.

De aansluiting dient aangevraagd te worden voor alle leden van het gezin die voldoen aan de aansluitingscriteria, behalve voor die familieleden aangesloten bij een andere kostendekkende hospitalisatieverzekering die hiervan een attest kunnen voorleggen. Binnen de drie maanden na beëindiging van deze kostendekkende hospitalisatieverzekering kunnen deze familieleden eveneens aansluiten zonder wachttijd of medische vragenlijst.

De nieuwe verzekeringspolis start, in geval van een voorafgaande hospitalisatieverzekering, de dag volgend op het einde van deze voorafgaande polis.

Onder partner verstaat men een bij naam aangewezen persoon die samenwoont met de verzekerde in functie bij de verzekeringnemer en er geen familiale band mee heeft. Het bewijs van samenwonen kan worden gevraagd (ziekenfondsboekje, gemeentelijk attest van samenstelling van het gezin).

De bedoelde kinderen zijn de wettige, erkende of geadopteerde kinderen van de verzekerde en/of van zijn echtgenoot of partner. Hun aansluiting wordt stopgezet zodra het kind van de verzekerde de leeftijd van 25 jaar heeft bereikt of niet langer fiscaal ten laste valt van het gezin van de verzekerde (of van het gezin van de ex-echtgenoot of partner). Deze bepaling inzake stopzetting is niet van toepassing op het gehandicapte kind dat een gehandicaptentoeelage geniet.

Kinderen ouder dan 25 jaar kunnen aangesloten blijven onder het collectieve contract indien ze nog fiscaal ten laste blijven. (mits betaling van de premie als volwassenen)

3. VERWERKING VAN DE PERSOONSGEGEVENS

De persoonsgegevens, meegedeeld door de betrokkene zelf of rechtmatig ontvangen door de maatschappij van haar klanten, de ondernemingen die met hen in verbinding staan of derden, kunnen door de maatschappij worden verwerkt met het oog op het beheer van het klantenbestand, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten en schadegevallen, de klantenservice, het beheer van de commerciële relatie, de opsporing, preventie en bestrijding van fraude, de aanvaarding van risico's, het toezicht op de portefeuille, statistische studies, het beheer van de betwiste zaken en van de schuldvordering, alsook de betaling van verzekeringsommen.

AXA Belgium nv, met maatschappelijke zetel op de Vorstlaan 25 te 1170 Brussel is verantwoordelijk voor deze verwerkingen.

Om een optimale service te verlenen in verband met de hogergenoemde doeleinden, kunnen deze persoonsgegevens worden meegedeeld aan ondernemingen en/of aan personen die in verbinding staan met de maatschappij (advocaten, experts, herverzekeraars, medeverzekeraars, dienstverleners, ...). De maatschappij kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het feit dat zij zelf of de ondernemingen en/of personen die met haar in verbinding staan, aan wie persoonsgegevens worden meegedeeld, gegevens doorgeven (of verplicht zijn door te geven) aan de Belgische overheid, aan buitenlandse overheden of aan internationale instellingen in uitvoering van een wettelijke of reglementaire verplichting, in uitvoering van een gerechtelijke beslissing, of ook in het kader van de behartiging van een rechtmatig belang.

De maatschappij kan ertoe gebracht worden om gegevens betreffende de gezondheid van een betrokken persoon (aangeslotene) te verwerken wanneer deze verwerking nodig is voor de aanvaarding, het beheer en de uitvoering van het contract door de beheerders in het kader daarvan. Deze verwerking is voorzien in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer en gebeurt onder de erin voorziene voorwaarden.

Alle gegevens zullen met de grootst mogelijke discretie worden behandeld. De betrokken persoon kan kennis nemen van zijn gegevens, ze laten rechtzetten en zich kosteloos verzetten tegen de verwerking ervan met het oog op direct marketing. Hiertoe dient hij een gedateerde en ondertekende aanvraag samen met een recto/verso kopie van zijn identiteitskaart te sturen naar AXA Belgium – Privacy, Vorstlaan 25, 1170 Brussel (privacy@axa.be). Hij kan er ook meer informatie bekomen, alsook in de algemene voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst of op de website van de maatschappij

4. WACHTTIJDEN EN MEDISCHE FORMALITEITEN

De verplicht en facultatief verzekerde titularis sluit aan op de eerste van de maand waarin de kandidaat-aangeslotene beantwoordt aan de aansluitingscriteria (of de dag die ermee samen valt).

De facultatief nevenverzekerde komt in aanmerking voor aansluiting bij indiensttreding van de verplicht verzekerde, of bij geboorte, huwelijk of samenwonen. Deze aansluiting dient aangevraagd te worden binnen de drie maanden na geboorte, huwelijk of samenwonen. Bij een laattijdige aanvraag geldt een wachttijd van 9 maanden. De wachttijd gaat in op de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met de datum waarop de aansluitingsaanvraag toe komt bij AXA Assistance.

Een nieuwe arbeider die aan de aansluitingsvoorwaarden voldoet en waarvoor nieuwe gezinsleden kunnen aansluiten, krijgt hiervoor een schrijven van het intern compensatiefonds met de vraag zijn/haar keuze schriftelijk kenbaar te maken. De arbeider heeft drie maanden tijd na de verzending van het schrijven om hierop in te gaan en kan vervolgens zijn familieleden aansluiten zonder medische formaliteiten en zonder uitstel of wachttijd, en dit op dezelfde dag als de dag waarop hij/zij als titularis recht opent op de hospitalisatieverzekering.

Wanneer een nieuwe bediende, bestuurder of vennoot in dienst komt van een reeds aangesloten filiaal, of wanneer een nieuw aangesloten filiaal, dat voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden, toetreedt, kunnen deze hun gezinsleden aansluiten zonder medische formaliteiten en zonder uitstel of wachttijd indien zij deze keuze kenbaar maken aan de makelaar binnen de drie maanden na het ontstaan van hun recht om zich aan te sluiten.

Indien de drie maanden, zoals hierboven beschreven, worden overschreden of men kan geen attest voorleggen van een andere voorafgaande en aansluitende hospitalisatieverzekering, dan geldt een wachttijd van 9 maanden. De wachttijd gaat in op de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met de datum waarop de aansluitingsaanvraag toe komt bij AXA Assistance.

Tijdens deze 9 maanden is er geen premie verschuldigd, maar kan de kandidaat-verzekerde eveneens geen enkele aanspraak maken op terugbetaling van medische zorgen via onderhavige collectieve verzekering.

Dit in afwijking van artikel 12 van de algemene voorwaarden.

Voor personen die onmiddellijk aansluiten op het ogenblik dat zij daar recht op hebben en voor alle verzekerden op 01 april 2017, gelden de waarborgen ook voor vooraf bestaande ziekten en aandoeningen. Alle aansluitingen worden aanvaard zonder medische formaliteiten.

De verzekeringsmaatschappij garandeert de verdere dekking van de lopende schadegevallen conform de waarborgen van onderhavige overeenkomst en vanaf diens startdatum.

De titularis houdt zich er aan wijzigingen van gezinssamenstellingen zo snel mogelijk kenbaar te maken aan de verzekeringsmaatschappij en de potentieel verzekerden hierover te informeren middels een schrijven. Dit impliceert dat een potentieel verzekerde geen bijkomende wachttijd kan opgelegd worden door het laattijdig opsturen van de vraag voor aansluiting door het intern compensatiefonds. Enkel in het geval het schrijven van het intern compensatiefonds laattijdig werd verstuurd, is een retro-actieve aansluiting mogelijk.

5. AFLOOP

De verzekering van de hoofdverzekerde arbeider en zijn gezinsleden stopt op de eerste jaarvervaldag die volgt op de dag dat de titularis de onderneming verlaat. De verzekering van de facultatief verzekerde eindigt op het einde van de maand waarin zij niet meer aan de aansluitingsvoorwaarden voldoen.

Als uitzondering op het aflopen van de verzekering bij het verlaten van de onderneming door de titularis: wanneer de verzekering een arbeider dekt en wanneer de ontslagname of de afdanking plaatsvindt tussen 1 januari en 31 maart van het jaar “n” blijven zowel de arbeider als de gezinsleden aangesloten tot en met 31 maart van het jaar “n+1”

De verzekering van de hoofdverzekerde vennoot, bediende of bestuurder en zijn/haar gezinsleden stopt op de eerste van de maand die volgt op de dag dat de titularis de onderneming verlaat.

De titularis en diens gezinsleden zoals hierboven gedefinieerd, kunnen bij het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd van de titularis of bij ontslag, conform de wet Verwilghen, individueel op eigen initiatief en op eigen kosten hun aansluiting bij deze verzekering ononderbroken verder zetten met gelijksoortige waarborgen als in de collectieve polis.

Een arbeider die op SWT of pensioen gaat kan er echter ook voor opteren om aan te sluiten in de collectieve polis voor de niet-actieven. De aanvraag hiervoor dient te gebeuren zoals voorzien in artikel 3 van de collectieve arbeidsovereenkomst van 29/09/2015 betreffende de sectorale regeling van de hospitalisatieverzekering voor de werknemers in de diamantsector (PC 324).

Een vennoot, bediende of bestuurder die zijn beroepsactiviteiten stopt, de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt en hierdoor het recht op onderhavige collectieve dekking verliest kan eveneens opteren om aan te sluiten in de collectieve polis voor de niet-actieven. De aanvraag hiervoor dient te gebeuren bij de makelaar binnen de drie maanden na verlies van het recht op onderhavige collectieve polis.

Bij overlijden van de titularis van het contract kunnen de gezinsleden die bij de collectieve dekking aangesloten zijn, deze verzekering behouden tot op het moment dat het overleden titularis 65 jaar zou geworden zijn.

De betrokken gezinsleden (voorwaarden zoals hierboven geschreven) kunnen echter ook steeds een individuele verzekering aan gaan voor zover ze dit doen binnen de drie maanden na overlijden van de titularis van het contract.

Wanneer de aansluiting van een titularis wordt beëindigd zonder dat het plan gezondheidszorgen is opgezegd, zal AXA de kosten terugbetalen van de op dat ogenblik aan de gang zijnde ziekenhuisopname en dit gedurende maximum 180 dagen vanaf de beëindiging van de aansluiting.

6. DE DEKKINGEN

A. AARD VAN DE DEKKING

- 'Hospitalisatie' en 'One day clinic': Basisdekking en aanvullende dekking
- 'Ambulante verzorging – Pre- en post-hospitalisatie': Basisdekking
- 'Zware ziekten - Ambulante verzorging'
- 'Vervoer'
- 'Service Medi-Assistance'
- Bijstand : Bijstandsdekking zoals opgenomen in de algemene voorwaarden

B. DE TEGEMOETKOMING VAN DE MAATSCHAPPIJ

Dekkingen 'Hospitalisatie', 'One day clinic' en 'Ambulante zorgen – Pre- en posthospitalisatie' en 'Vervoer'

De waarborg heeft betrekking op de ziekenhuisopnamen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling om een curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke behandeling te ondergaan.

De tegemoetkoming van de maatschappij is onbeperkt in de kosten voor Hospitalisatie, One day clinic, Ambulante zorgen – Pre- en posthospitalisatie- en Vervoer. Er wordt eveneens geen vrijstelling afgetrokken.

AXA Belgium voorziet een tussenkomst in extramurale oogheelkunde bij centra erkend door de Werkgroep Extramurale chirurgie. Er is een tussenkomst bij de volgende ingrepen: Cataractoperatie, herstel ablatio, blepharoplastie, ectropion, iridectomie, ptosisingreep, trabeculectomie, vitrectomie. De tussenkomst is beperkt tot 1* ZIV. De medische kosten worden in hun geheel opgenomen voor de berekening van de beperking. De kosten die geen recht geven op een wettelijke tussenkomst genieten geen enkele tussenkomst.

Voor de andere medische kosten met betrekking tot extramurale oogheelkunde is er een tussenkomst van onze maatschappijen tegen de voorwaarden waarin voorzien wordt in het kader van de dekkingen 'Pre-posthospitalisatie en vervoer'.

Er wordt rekening gehouden met het eigen risico ten laste van de verzekerde betreffende een hospitalisatie in een éénpersoonskamer en er is geen toepassing van het derde betalersysteem.

In afwijking van de algemene voorwaarden worden de kosten voor het verblijf van één van beide ouders (rooming-in) vergoed tot de leeftijd van 25 jaar. Dit op voorwaarde dat de aanwezigheid van de ouder als medisch noodzakelijk wordt beschouwd door de behandelende geneesheer.

Bovendien komt de maatschappij enkel tussen voor prothesen en orthopedische toestellen indien er hiervoor een wettelijke tussenkomst is.

De thuisbevalling wordt forfaitair vergoed ten belope van 620 euro.

Er wordt in afwijking van de algemene voorwaarden artikel 5 geen tussenkomst voorzien voor:

- o Kosten van alternatieve geneeswijzen
- o Huurkosten van televisie, ijskast en telefoon

In geval van hospitalisatie in het buitenland geldt het recht op prestatie wanneer tegelijk aan de drie volgende voorwaarden wordt voldaan:

- De opname moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of de mutualiteit moet voorafgaandelijk haar akkoord gegeven hebben;
- er moet een wettelijke tussenkomst zijn;
- de verzekerde mag tijdens de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval, niet in het buitenland verbleven hebben gedurende meer dan 3 maanden.

Opmerking:

- de periode van 3 maanden geldt niet voor professionele zendingen naar het buitenland. Onder professionele zendingen naar het buitenland dient te worden verstaan; *“occasionele verblijven in het buitenland ter uitvoering van de arbeidsovereenkomst of het mandaat die elk niet langer duren dan 20 dagen”*
- de maximale termijn van 3 maanden geldt niet voor Erasmus-studenten binnen de Europese Unie.

Indien aan één van deze drie voorwaarden niet is voldaan, wordt de terugbetaling van de door het plan gewaarborgde kosten beperkt tot 75 euro, vermenigvuldigd met het aantal dagen ziekenhuisopname. De kosten voor pre- en post worden ten belope van 50% terugbetaald.

Kosten ivm zware ziekten worden in het buitenland niet vergoed.

De periode pre- en posthospitalisatie is op 2 maanden vóór en 6 maanden na de hospitalisatie vastgesteld. Ambulante kosten die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak van een hospitalisatie, en die betrekking hebben op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke kosten worden vergoed.

In afwijking van de algemene voorwaarden artikel 6 en 8, worden volgende kosten niet vergoed:

- Huurkosten van medisch materiaal
- Parafarmaceutische producten
- Andere medische benodigdheden dan geneesmiddelen, prothesen en orthopedische apparaten, zelfs indien voorgeschreven.
- Vervoer

Bovendien dient er voor orthopedische apparaten en prothesen een wettelijke tussenkomst te zijn om in aanmerking te komen voor een tussenkomst van de maatschappij.

Dekkingen ‘Zware ziekten - Ambulante zorgen’

De tegemoetkoming van de maatschappij begint te lopen vanaf het begin van de medisch bevestigde ziekte, ongeacht of dit al dan niet gepaard gaat met een hospitalisatie.

De tegemoetkoming van de maatschappij is onbeperkt, ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming is in de kosten. Dit voor zover deze kosten betrekking hebben op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die rechtstreeks in verband staan met één van de zware ziekten zoals die zijn opgenomen in artikel 7 van de algemene voorwaarden.

In afwijking van de algemene voorwaarden artikel 7, worden volgende kosten niet vergoed:

- Kosten voor alternatieve geneeswijzen

In afwijking van de algemene voorwaarden artikel 8, wordt er geen tussenkomst voorzien voor vervoer in het kader van de dekking zware ziekten.

Bovendien dient er voor orthopedische apparaten en prothesen een wettelijke tussenkomst te zijn om in aanmerking te komen voor een tussenkomst van de maatschappij.

Dekking van de service ‘MEDI - ASSISTANCE’

De dekking inherent aan de kaart ‘MEDI-ASSISTANCE’ is beschreven in artikel 10 van de algemene voorwaarden.

Dekking bijstand

De dekking inherent aan de dekking bijstand is beschreven in artikel 11 van de algemene voorwaarden.

7. DE PREMIES

A. VERVALDAG EN OPZEG

De polis wordt gesloten voor een duur van één jaar te rekenen vanaf de aanvangsdatum.

Op het einde van elke jaarlijkse periode wordt ze stilzwijgend voor een gelijke duur hernieuwd, behoudens opzegging door één van de partijen per aangetekende brief welke drie maanden vóór het einde van de lopende jaarlijkse periode is verzonden.

B. BEDRAG VAN DE MAANDELIJKSE PREMIES

De door de verzekeringnemer verschuldigde premies zijn onderworpen aan een RIZIV-bijdrage.

Hierna worden de netto premies voor het geheel van de dekkingen gegeven. Voor deze premies zijn de toegepaste voeten (taks en RIZIV-bijdrage) diegene die van kracht zijn op de datum van realisatie van het contract. In geval van toekomstige evolutie van deze voeten zal de maatschappij de aangerekende premies moeten herzien.

	hosp netto	pre post netto	zware ziekte netto	medi ass netto	totaal netto
Kind < 25 jaar (bedienden en arbeiders) (1) (2)	4,50	0,45	0,44	0,64	6,03
Volwassene < 65 jaar (bedienden en arbeiders) (2)	9,95	0,99	0,97	0,64	12,55

(1) Alle kinderen, zoals gedefinieerd onder punt 2 hierboven

(2) Vanaf de eerste dag van de maand die samenvalt met of volgt op het bereiken van de leeftijd in betrokken leeftijdscategorie.

Gedurende de eerste 3 jaar vanaf de start van het contract 01/04/2017 zal er geen herberekening volgen van de premie in functie van de schadestatistieken.

Echter, elke jaarlijkse vervalddag, en ten vroegste 12 maanden na de aanvangsdatum, mogen alle premies, eigen risico's en tegemoetkomingsgrenzen in absolute cijfers worden aangepast volgens de evolutie van de index "Verpleging in ziekenhuis en gelijkgestelde" die een onderdeel is van de index van de consumptieprijsen.

De aanpassing zal gebeuren volgens de verhouding tussen de index van de maand november die voorafgaat aan de jaarlijkse vervalddag en die van de maand november van het jaar daarvoor.

C. VRIJSTELLING VAN DE LASTEN

Indien de verzekeringnemer of de begunstigde van een prestatie een volledige of gedeeltelijke vrijstelling van de fiscale, sociale of van andere aard zijnde lasten ten aanzien van de toepasselijke wetgeving geniet, moet de verzekeringnemer of de begunstigde vooraf de maatschappij van deze vrijstelling op de hoogte brengen en hiervan het bewijs leveren door een bewijskrachtig document zoals een officieel attest van de betrokken administratie of een omzendbrief van de administratie.

Indien de maatschappij niet vooraf ingelicht werd of geen bewijskrachtig document ontvangen heeft, zal de maatschappij alle fiscale, sociale of van andere aard zijnde lasten kunnen inhouden.

De maatschappij zal in geen geval de financiële gevolgen kunnen dragen van de inhoudingen boven de bedragen die van de bevoegde overheden kunnen worden teruggevorderd.

D. PREMIEBETALING

De premies, RIZIV-bijdrage inbegrepen worden maandelijks aangerekend en vallen ten laste van:

- de verzekeringnemer voor de dekking van de waarborgen die ze vastgelegd heeft ten gunste van de titularis van het contract;
- van de verzekerde voor de dekking van de waarborgen ten gunste van zijn/haar echtgenoot/echtgenote en de kinderen ten laste.

De RIZIV-bijdrage valt respectievelijk ten laste van de verzekeringnemer en van de verzekerde in verhouding tot de premies te hunnen laste.

De totaliteit van de premie voor de arbeiders (verplicht en facultatief verzekerden) wordt maandelijks aangerekend aan de verzekeringnemer. De betaling van het verschuldigde bedrag vindt plaats binnen de betalingstermijn van 30 kalenderdagen, voor zover de verzekeringnemer over de regelmatig opgestelde factuur beschikt, alsook over de andere, eventueel vereiste documenten.

De totaliteit van de premie voor de beheerders, de vennoten en bedienden van de filialen, (verplicht en facultatief verzekerden) wordt aangerekend aan de desbetreffende filialen. De betaling van het verschuldigde bedrag vindt plaats binnen de betalingstermijn van 30 kalenderdagen, voor zover de het filiaal over de regelmatig opgestelde factuur beschikt, alsook over de andere, eventueel vereiste documenten.

8. OVERGANGSMAATREGELEN

De verzekeraar neemt alle op 31 maart 2017 aangesloten verzekerden op de aanvangsdatum van de verzekering (1 april 2017) over zonder medische formaliteiten en dit ongeacht de leeftijd van de verzekerden. Er wordt geen nieuwe wachttijd opgelegd aan deze verzekerden.

De verzekeraar garandeert ook de verdere dekking van de lopende schadegevallen conform de waarborgen van deze nieuwe overeenkomst en vanaf diens startdatum. De verzekeraar doet al het mogelijke om de administratieve last te beperken voor de betrokken aangeslotenen en de werkgever. Met de aanstelling verleent de verzekeringnemer de toestemming aan de verzekeraar om alle noodzakelijke informatie voor het vlotte beheer van de lopende dossiers op te vragen bij de “oude verzekeraar”.

Concrete overgangsmatregelen (marktconform):

A. EEN ZIEKENHUISOPNAME VÓÓR 1/04/2017 DIE AFLIEP VÓÓR 1/04/2017:

- Préhospitalisatiekosten: ten laste van de vorige verzekeraar
- Hospitalisatiekosten: ten laste van de vorige verzekeraar
- Posthospitalisatiekosten vanaf 1/04/2017: ten laste van de nieuwe verzekeraar AXA-Assistance NV, mits voorleggen van de hospitalisatiefactuur (kopie) als bewijs.
-

B. EEN LOPENDE HOSPITALISATIE IN DE NACHT VAN 31/03/2017 OP 1/04/2017:

- Préhospitalisatiekosten zijn ten laste van de vorige verzekeraar
- Hospitalisatiekosten: de ziekenhuisfactuur wordt pro rata verdeeld over de vorige verzekeraar en de nieuwe verzekeraar AXA-Assistance NV
- Posthospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar AXA-Assistance NV

C. EEN ZIEKENHUISOPNAME NA 1/04/2017 WAARVOOR PRÉHOSPITALISATIEKOSTEN GEMAAKT ZIJN VÓÓR 1/04/2017:

- Préhospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar AXA-Assistance NV
- Hospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar AXA-Assistance NV
- Posthospitalisatiekosten: ten laste van de nieuwe verzekeraar AXA-Assistance NV

9. MEDEVERZEKERING

De onderhavige collectieve verzekeringscontract wordt gesloten in medeverzekering door de ondertekenende maatschappijen die de verzekerde prestaties waarborgen ten belope van :

- 10 % voor INTER PARTNER ASSISTANCE
- 90 % voor AXA Belgium.

Voor de dekking “bijstand” dekt de maatschappij INTER PARTNER ASSISTANCE evenwel de verzekerde prestaties ten belope van 100 %.

Alle rechten en verplichtingen die door de algemene voorwaarden van de polis zijn toegewezen aan INTER PARTNER ASSISTANCE zijn dit automatisch aan de andere medeverzekerende maatschappij.

**MEDEVERZEKERING ZIEKTE
AXA BELGIUM – INTER PARTNER ASSISTANCE
INFORMATIEFICHE MET BETREKKING TOT DE VERZEKERAARS**

Dit document geeft algemene informatie over de verzekeringsondernemingen AXA Belgium en Inter Partner Assistance, hier ook gezamenlijk de verzekeraars genoemd. Deze fiche betreft enkel de activiteiten Ziekte en Bijstand in medeverzekering tussen deze ondernemingen. Deze fiche is geen promotiedocument. De geleverde informatie is bedoeld om het profiel en de diensten van de verzekeraars als contracterende partij toe te lichten. U wordt aangeraden om deze fiche te lezen om uw kennis te vervolledigen over de verzekeraars in het kader van de contractuele relatie die u met hen hebt als verzekeringnemer of de relatie die u met hen overweegt.

De beschreven situatie is de situatie die overeenstemt met de hierboven vermelde datum van uitgifte. De updates kunnen ofwel worden geraadpleegd op de website van de maatschappij Inter Partner Assistance www.axa-assistance.be, ofwel op verzoek aan de verzekeringnemer worden verstrekt via elektronische berichtgeving of op papier.

Deze mededeling wil in het bijzonder beantwoorden aan bepaalde voorschriften van de wet van 30 juli 2013 tot versterking van de bescherming van de afnemers van financiële producten en diensten, genaamd « MIFID-wet ».

1. GEGEVENS VAN DE VERZEKERAARS

AXA Belgium N.V. is een verzekeringsonderneming waarvan de maatschappelijke zetel gelegen is te 1170 Brussel, Vorstlaan 25. Zij is in België toegelaten onder het codenr. 0039 (K.B. 04-07-1979, B.S. 14-07-1979) bij de Nationale Bank van België, gelegen te de Berlaimontlaan 14 te 1000 Brussel.

AXA Belgium maakt deel uit van de internationale verzekerings- en vermogensbeheergroep AXA.

Inter Partner Assistance N.V. is een verzekeringsonderneming waarvan de maatschappelijke zetel gelegen is te 1050 Brussel, Louizalaan 166 (bus 1). Ze is toegelaten in België onder het codenr. 0487 (K.B. 04-07-1979, B.S. 14-07-1979) bij de Nationale Bank van België.

Inter Partner Assistance hierna ook de maatschappij genaamd, handelt als leidende maatschappij belast met de acceptatie van de risico's en het beheer van de contracten en de schadegevallen.

Inter Partner Assistance maakt deel uit van de internationale bijstands- en verzekeringsgroep AXA Assistance.

2. OVERZICHT VAN DE AANGEBODEN DIENSTEN

AXA Belgium is toegelaten om alle verzekeringsstakken te beoefenen die vermeld zijn in het KB van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen. Zij verdeelt in het bijzonder actief de ziekteverzekeringsproducten (tak 2).

Inter Partner Assistance is een gespecialiseerde verzekeringsonderneming die zich hoofdzakelijk concentreert op de diensten van bijstand (tak 18) en de ziekteverzekeringsproducten (tak 2).

3. COMMUNICATIETALEN

U kunt communiceren met de verzekeraars en documenten en andere informatie krijgen in het Nederlands, het Frans en in voorkomend geval in een andere contractueel overeengekomen taal.

4. COMMUNICATIEWIJZEN

Alle vragen, kennisgevingen, vragen tot uitkeringen of van andere aard dienen uitsluitend gericht te worden aan Inter Partner Assistance hiertoe gemandateerd door AXA Belgium.

De communicatie tussen de partijen verloopt standaard op papier. Alle briefwisseling ter attentie van de maatschappij zal samen met de nodige referenties (contractnr. en/of klantennr.) naar de maatschappelijke zetel worden verstuurd (zie hierboven).

Voor de telefonische aanvragen aan de maatschappij kunt u gebruik maken van het algemene nummer, dat onderaan de pagina wordt vermeld, of van elk ander specifiek nummer - persoonlijk of gekoppeld aan een dienst - dat u werd meegedeeld in het kader van uw relatie met de verzekeraars.

Voor de elektronische aanvragen (mail, internet, mobiele applicatie, enz.) kunt u gebruik maken van het specifieke elektronische adres - persoonlijk of gekoppeld aan een dienst - dat u werd meegedeeld in het kader van uw relatie met de verzekeraars.

Rekening houdend met de technologische en reglementaire evolutie ter zake, verbindt de maatschappij zich ertoe u op de hoogte te houden van de evoluties met betrekking tot de beste middelen om met haar te communiceren.

Deze diverse bepalingen doen niets af aan de mogelijkheid via uw gebruikelijke tussenpersoon te communiceren.

5. VOORKOMING VAN DE BELANGENCONFLICTEN

Conform de hierboven bedoelde MiFID-reglementering, willen de verzekeraars hun producten en diensten op een eerlijke, billijke en professionele manier op de markt brengen, in het belang van hun klanten.

Daarom willen de verzekeraars belangenconflicten voorkomen en meer bepaald de belangenconflicten die de belangen van een of meer klanten kunnen schaden doordat ze strijdig zijn met de belangen van een verzekeringstussenpersoon, andere klanten, de verzekeraars zelf of één van hun medewerkers. In het bijzonder hebben ze de nodige maatregelen genomen om belangenconflicten in de volgende domeinen te vermijden: het leveren van verzekeringsadvies, de bezoldiging van de verzekeringsbemiddeling, het beheer van schadegevallen, de vertrouwelijkheid van de informatie en relatiegeschenken.

De verzekeraars willen zich houden aan hun verplichtingen en formaliseren in hun beleid inzake belangenconflicten het algemene kader waarin ze zich organiseren op het vlak van belangenconflicten:

- de identificatie van de potentiële conflicten beoogd door de wetgeving
- de maatregelen/procedures voor het beheer van bestaande of eventuele toekomstige conflicten
- de informatie aan de klanten
- de opleiding van de medewerkers
- het register van de belangenconflicten
- de implementatie en de regelmatige evaluatie van het beleid.

Voor de activiteiten van medeverzekering hier bedoeld, heeft het beleid van de maatschappij Inter Partner Assistance voorrang op deze van AXA Belgium. De volledige tekst van dit beleid kan ofwel worden geraadpleegd via de website www.axa-assistance.be of kan op verzoek aan de verzekeringnemer worden bezorgd via elektronische berichtgeving of op papier.

6. BEHEER VAN DE KLACHTEN

Elk probleem met betrekking tot de verzekering kan door de verzekeringnemer, de verzekerde of een betrokken derde worden voorgelegd aan de betrokken dienst van de maatschappij, ofwel rechtstreeks, ofwel via zijn gebruikelijke tussenpersoon. Indien de klager het standpunt van de maatschappij niet deelt, kan hij een beroep doen op de dienst "Quality" van de maatschappij (Louizalaan 166, bus 1 te 1050 Brussel, e-mail : customer.care.BNL@axa-assistance.com). Indien de klager vindt dat hij op die manier niet de beste oplossing heeft verkregen, kan hij terecht bij de Ombudsdienst Verzekeringen (de Meeûsplantsoen 35 te 1000 Brussel, website: www.ombudsman.as).

De aanvraag tot tussenkomst van een van deze diensten of instellingen doet geen afbreuk aan de mogelijkheid voor de betrokken persoon om een rechtsvordering in te stellen.

10. ALGEMENE VOORWAARDEN

De toepasselijke algemene voorwaarden hebben het nummer: AV 30023N -09.2016.
Door hierna te ondertekenen, erkent de verzekeringnemer een kopie te hebben ontvangen.

De in dit document hernomen bepalingen zijn van toepassing voor zover dit document ondertekend wordt teruggestuurd naar de maatschappij binnen de 2 maanden na opstelling ervan. Na deze termijn behoudt de maatschappij zich het recht voor om deze bepalingen te herzien.

Opgemaakt te Brussel, op 20 januari 2017 in drie exemplaren.
Elke partij erkent één exemplaar te hebben ontvangen.

De verzekeringnemer,
Intern compensatiefonds voor de diamantsector

INTER PARTNER ASSISTANCE

(naam en hoedanigheid van de ondertekenaar)

AXA Belgium, medeverzekeraar

Elke handgeschreven toevoeging aan de tekst van huidig document, heeft geen enkele contractuele waarde en wordt als niet geschreven beschouwd

INTER PARTNER ASSISTANCE SA/NV - Member of the AXA Group
Avenue Louise 166, B 1 - 1050 Bruxelles - Belgique / Louizalaan 166, B 1 1050 Brussel - België
Tel. NL : (078) 15 57 50 - Tel. FR : (078) 15 57 40 - Fax : (0)2 545 79 47
IBAN: BE84 3101 8018 4559 - BIC: BBRUBEBB - ING 310-1801845-59 - RPR/BTW - RPM/TVA BE 0415 591 055
Entreprise d'assurance agréée sous le n° de code 0487 / Verzekeringsonderneming toegelaten ander codenummer 0487 - RCB/HRB 394025