MEDI-HOUT

De hospitalisatiepolis met een ♥ voor uw sector

VANAF 1 APRIL 2025: UITBREIDING WAARBORGEN

Vanaf 1 april 2025 zullen een aantal waarborgen van de hospitalisatiepolis worden uitgebreid. Deze uitbreiding geldt zowel voor oude als nieuwe aansluitingen:

- Verlagen van de franchise van 400 euro naar 350 euro indien men zelf kiest voor een verblijf in een eenpersoonskamer. Deze franchise geldt per persoon en per schadejaar (periode van 12 maanden na de eerste hospitalisatiedag).
- Uitbreiding van de pre-postperiode van 2 maanden voor en 6 maanden na een hospitalisatie, naar 3 maanden voor en 6 maanden na.
- Uitbreiding van de postperiode van 6 maanden naar 9 maanden, indien de oorzaak van de hospitalisatie een ongeval is (de preperiode is eveneens 3 maanden)
- Epilepsie wordt toegevoegd aan de lijst met ernstige ziektes
- De werkelijke kosten van rooming-in worden terugbetaald. Het plafond van de terugbetaling zal verhoogd worden van 25 naar 50 euro per dag.

INHOUD

- *Wie kan aansluiten?* p 4
- *Wanneer begint uw aansluiting?* p 5
- *Wachttijd* p 5
- *Wanneer en hoe eindigt uw aansluiting?* p 6
- *Wat als uw werksituatie verandert?* p 7
- *Waarborgen* p 8
  1. *Hospitalisatie* p 8
  2. *Voor en na de hospitalisatie* p 9
  3. *Ernstige ziekten* p 10
  4. *Ziekenvervoer* P 10
  5. *Hospitalisatie in het buitenland* p 10
- *Franchise* p 11
- *Wat dekt de polis niet?* p 11
- *Algemene regels voor terugbetaling* P 12
- *Wat kost Medi-Hout?* p 13
- *Hoe wordt u terugbetaald?* p 14
  1. *De aangifte* p 14
  2. *De vraag om terugbetaling* p 14
- *Inlichtingen en respect voor de privacy* p 15
- *Betwistingen* p 15
- *Hebt u nog vragen?* p 16
- *Antwoordformulier* p 17

WIE KAN AANSLUITEN?

Medi-Hout is een hospitalisatieverzekering voor alle werknemers en werkneemsters, zowel arbeiders als bedienden, van de sector´stoffering en houtbewerking'. Dat wil zeggen: de ondernemingen met een RSZ-nummer dat begint met ´055'.

Het gaat om een vrijwillige verzekering. Naast uzelf, kan u ook uw echtgenoot of samenwonende partner aansluiten, alsook de ongehuwde, inwonende kinderen.

Met de ´samenwonende partner' wordt iemand bedoeld die geen familiebanden met u heeft. Het samenwonen moet bewezen worden met een attest van de bevolkingsdienst.

Welke ongehuwde inwonende kinderen kunnen aansluiten?

- ☐ Al uw ongehuwde kinderen, ongeacht of ze bij u of bij een ex-partner inwonen.
- ☐ Alle ongehuwde kinderen van uw echtgenoot of samenwonende partner, op voorwaarde dat ze bij u inwonen.
- ☐ Pleeg- of adoptiekinderen worden gelijkgesteld met eigen kinderen.

WANNEER BEGINT UW AANSLUITING?

Uw aansluiting begint normaal op de dag dat Vanbreda uw antwoordstrook en het bewijs ontvangt van uw toelating aan Vanbreda om de premie jaarlijks via domiciliëring te innen.

Vanaf wanneer mag u aansluiten bij Medi-Hout?

- Voor de werknemer/werkneemster: vanaf de dag van indiensttreding bij een werkgever die behoort tot het paritair comité 126.
- Voor de echtgenoot: vanaf de dag van het huwelijk, maar ten vroegste op de dag van aansluiting van de werknemer/werkneemster.
- Voor de officieel samenwonende partner: vanaf de dag van het officieel samenwonen, maar ten vroegste op de dag van aansluiting van de werknemer/werkneemster.
- Voor kinderen: vanaf de geboortedag, maar ten vroegste op de dag van aansluiting van de werknemer/werkneemster.

Pasgeborenen zijn onmiddellijk en zonder wachttijd verzekerd als minstens één van de ouders verzekerd is bij Medi-Hout of zodra de andere kinderen verzekerd zijn. De geboorte of het ten laste komen van een kind moet gemeld worden binnen 2 maanden.

Huwelijk of officieel samenwonen moet eveneens binnen 2 maanden gemeld worden.

Voorbeeld: De werknemer huwt op 12 juli 2025 en stuurt hiervan het bewijs op vóór 12 september 2025. In dat geval is de echtgenote aangesloten vanaf 12 juli 2025, zonder medische formaliteiten of wachttijd.

TIP Meld elke wijziging in uw gezinstoestand zo snel mogelijk aan Vanbreda.

WACHTTIJD

Als u intekent binnen 6 maanden na indiensttreding bij uw werkgever:

- moet u **geen wachttijd** doorlopen
- moet u **geen medische formalit**eiten vervullen. Dit wil zeggen: moet u geen medische vragenlijst beantwoorden, noch een medisch onderzoek ondergaan.
- zijn **vooraf bestaande medische aandoeningen** ook gedekt door de verzekering. (Alleen de hospitalisaties die begonnen zijn voor de aansluitingsdatum worden niet gedekt.)

Als u intekent meer dan 6 maanden na indiensttreding bij uw werkgever:

- moet u een **wachttijd** doorlopen van 3 maanden voor een hospitalisatie, en 12 maanden voor een bevalling.
- moet u **medische formaliteiten** vervullen. U krijgt een medische vragenlijst die u moet invullen. De kosten voor eventuele medische onderzoeken zijn te uwen laste.
- worden de kosten van **vooraf bestaande medische aandoeningen** niet gedekt door de verzekering.
- kan de verzekeringsmaatschappij de aansluiting weigeren, bepaalde aandoeningen op voorhand uitsluiten of een bijpremie vragen.

WANNEER EN H0E EINDIGT UW AANSLUITING?

Uw aansluiting wordt automatisch stopgezet:

- als u overlijdt. Voor uw aangesloten gezinsleden blijft de polis echter lopen tot de jaarlijkse vervaldag.
- als een persoon ten laste niet meer voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden, eindigt zijn of haar individuele aansluiting op de jaarlijkse vervaldag.
  Voorbeeld: Uw kind huwt op 23 augustus 2025. De verzekering eindigt dan op de eerste jaarlijkse vervaldag, nl. 1 april 2026.
- als uw arbeidsovereenkomst eindigt om welke reden ook (ontslag, verbreking, opzegging...) en u niet vóór de jaarlijkse vervaldag opnieuw in dienst komt bij een andere werkgever van de sector. In dat geval eindigt de verzekering op de eerstvolgende vervaldag.
- als de partijen die de polis hebben afgesloten de verzekeringsovereenkomst beëindigen (de partijen zijn: het Fonds voor Bestaanszekerheid voor de Stoffering en de Houtbewerking enerzijds en Allianz Verzekeringen anderzijds).

Als u of een gezinslid gehospitaliseerd is op de dag dat uw aansluiting wordt stopgezet, worden de medische kosten nog terugbetaald voor een maximale periode van 180 dagen.

Vergeet niet om elke verandering in uw arbeidssituatie (nieuwe werkgever, SWT...) direct te melden aan Vanbreda. TIP

U kan de verzekering opzeggen met een brief gericht aan Vanbreda, ten minste één maand vóór de vervaldag. Als uw opzeggingsbrief uiterlijk op 28 of 29 februari bij Vanbreda toekomt, neemt de verzekering dus een einde op 31 maart.

De verzekeraar kan uw aansluiting **nooit stopzetten** omwille van dure medische behandelingen of omdat u dikwijls in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Alleen in de volgende gevallen valt de waarborg weg of kan hij de aansluiting schrappen:

- als er valse certificaten worden voorgelegd of valse verklaringen gedaan.
- als feiten die de beslissing van de verzekeraar zouden hebben beïnvloed bij de aansluiting, opzettelijk werden verzwegen.
- als de aangifte van een ziektegeval opzettelijk of uit nalatigheid te laat gebeurt, en het niet meer duidelijk is of het ziektegeval binnen de waarborg valt.
- als u de sector verlaat en dit niet vóór de vervaldag aan Vanbreda meedeelt.
- als de premie niet tijdig wordt betaald.

WAT ALS UW WERKSITUATIE VERANDERT?

Als uw arbeidsovereenkomst eindigt, en u treedt vóór de jaarlijkse vervaldatum opnieuw in dienst van e**en andere werkgever in dezelfde sector**, dan loopt uw verzekering gewoon door.

Als uw arbeidsovereenkomst eindigt, en **u verlaat de sector**, kan u overstappen een individueel contract van Allainz Verzekeringen.

De overstap dient te gebeuren binnen twee maanden na de vervaldatum (dus vóór 1 juni).

Als u minstens drie opeenvolgende jaren aangesloten was bij Medi-Hout, zijn er **geen wachttijden** van toepassing voor uw nieuwe contract en moet u **geen medische formaliteiten** vervullen.

Let wel: de premies en waarborgen van het individuele contract verschillen van die van Medi-Hout, maar blijven toch nog interessant!

Als u met **SWT of rustpensioen** gaat en nog geen 67 jaar bent, kan u verzekerd blijven tegen dezelfde voorwaarden. 0ok uw partner en kinderen, in zoverre ze nog aan de aansluitingsvoorwaarden voldoen, kunnen verzekerd blijven.

Als u, uw echtgenoot of samenwonende partner **67 jaar** worden, kan u verzekerd blijven mits een aanpassing van de premie. Uw premie wordt vanaf de eerstvolgende vervaldag (1 april) opgetrokken tot 501,79 euro per jaar (tarief op 1 april 2025).

WAARB0RGEN VAN MEDI-H0UT

De verplichte ziekteverzekering neemt een deel van de hospitalisatiekosten ten laste. Toch zijn er heel wat supplementen en verzorgingskosten die de mutualiteit niet terugbetaalt.

Medi-Hout komt tussen in de bijkomende kosten voor:

- het verblijf in het ziekenhuis, alsook het vervoer naar het ziekenhuis
- geneeskundige verzorging vóór en na de hospitalisatie
- geneeskundige verzorging in het geval van een ernstige ziekte.

Bepaalde kosten zijn persoonlijk of te wijten aan buitengewone omstandigheden en worden niet door Medi-Hout terugbetaald.

1. HOSPITALISATIE

Wat is een hospitalisatie?

Dit is een verblijf in een verpleeginrichting, zowel het verblijf van één nacht als de zogenaamde ´daghospitalisatie’.

In het laatste geval moet er echter gebruik gemaakt zijn van de operatiezaal, de gipskamer of een hospitaalbed. U herkent de ´daghospitalisatie’ die voor terugbetaling in aanmerking komt aan de factuur: die vermeldt: maxiforfait, miniforfait of forfait 1 tot en met 7, chronische pijn 1 tot en met 3.

Verblijf in wachtkamers, spoedafdeling, onderzoekkamers en externe consultatieruimten vallen hier niet onder.

Wat wordt er terugbetaald?

De prestaties van de verzekeraar bestaan in de terugbetaling van de kosten gemaakt tijdens de hospitalisatie van de verzekerde, in een verpleeginrichting voor een medisch noodzakelijke behandeling ingevolge een ziekte, een ongeval, een zwangerschap of een bevalling.

Thuisbevalling en poliklinische bevalling worden gelijkgesteld met bevalling in het ziekenhuis.

De terugbetaling omvat de kosten:

- voor het verblijf in de kamer, verzorging en administratie
- voor erelonen van de geneesheer in verband met verstrekkingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- voor onderzoeken en behandelingen die opgenomen zijn in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- voor geneesmiddelen
- van prothesen en orthopedische toestellen in rechtstreeks verband met de oorzaak van de hospitalisatie
- voor het verblijf van één van de ouders in hetzelfde ziekenhuis als het verzekerde kind jonger is dan 14 jaar, met een maximum van 50 euro per dag, en met een maximum van 10 dagen per hospitalisatie
- voor een wiegendoodtest
- voor palliatieve verzorging voor zover die vermeld is op de factuur van het ziekenhuis
- voor het mortuarium voor zover dat vermeld staat op de factuur van het ziekenhuis
- voor het verblijf van de orgaan- of weefseldonor ten bate van een verzekerde die deze dekking geniet, en voor zover de transplantatie medisch gerechtvaardigd is.

De terugbetaling omvat de kosten:

- de kosten voor medisch gerechtvaardigd vervoer per ziekenwagen of helihulp, of voor noodzakelijke en dringende repatriëring naar België
- de medische technieken die geen recht geven op een wettelijke tussenkomst en de medische materialen die geen recht geven op een wettelijke tussenkomst, tot het plafond van 2500 euro per verzekerde per schadejaar
- het verblijf in een psychiatrische kliniek, gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van maximaal 2 jaar, te beginnen vanaf de eerste hospitalisatie die recht geeft op terugbetaling.
- hospitalisatie bij “in vitro” bevruchting als de ZIV ook tussenkomt.

2. V00R EN NA DE H0SPITALISATIE

Voor en na uw verblijf in het ziekenhuis zijn er allerlei onderzoeken en behandelingen nodig. 0ok die kosten handenvol geld. Daarom voorziet Medi-Hout in een bijkomende waarborg.

Deze bijkomende waarborg voorziet in de terugbetaling van de kosten van medisch noodzakelijke, ambulante verzorging die tijdens de periode van 3 maanden vóór en 6 maanden na de gedekte hospitalisatie verleend werd door een geneesheer en opgenomen is in de nomenclatuur van de ziekteverzekering, evenals van de tijdens die periode aangekochte geneesmiddelen welke voorgeschreven zijn door een geneesheer en afgeleverd door een apotheker. Bij ongeval, wordt deze post-periode verlengd naar 9 maanden (i.p.v. 6).

Voor de bepaling van de eventuele franchise, worden alle kosten vóór en na de hospitalisatie gevoegd bij de kosten gemaakt tijdens de hospitalisatie.

De vervoerskosten voor en na de hospitalisatie worden niet terugbetaald.

Alternatieve geneeswijzen

Worden eveneens vergoed: 50 % van de kosten voor homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur tot het plafond van 2500 euro per verzekerde persoon per schadejaar.

Een ´schadejaar’ is de periode van 12 maanden die begint op de eerste dag van de ospitalisatie.

3. ERNSTIGE ZIEKTEN

Voor **30 ernstige ziekten** komt Medi-Hout tussen in de kosten van de medische verzorging. Deze ziekten zijn: AIDS, amyotrofische lateraal sclerose, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, epilepsie, hersenvliesontsteking, kanker, kinderverlamming, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening die een dialysebehandeling vereist, paratyfus, pokken, progressieve spierdystrofie, teta-nus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson en ziekte van Pompe.

Welke kosten worden terugbetaald?

De werkelijk voor behandeling gemaakte ambulante kosten worden terugbetaald. Dit

zijn:

- alle kosten in verband met prestaties die verleend zijn door een geneesheer en opgenomen zijn in de nomenclatuur van de verplichte ziekteverzekering
- de tijdens die periode aangekochte geneesmiddelen welke voorgeschreven zijn door een geneesheer en afgeleverd door een apotheker
- de kosten voor ontledingen of onderzoeken vereist door de ziekte
- de huurkosten voor allerlei bijzonder materieel.

Worden eveneens vergoed: 50 % van de kosten voor homeopathie, chiropraxie, osteopathie en acupunctuur tot het plafond van 2500 euro per verzekerde persoon per schadejaar.

De kosten voor vervoer worden niet terugbetaald.

4. ZIEKENVERV0ER

Er is terugbetaling van het ziekenvervoer per ziekenwagen of helihulp voor zover dit aansluit bij de eigenlijke hospitalisatie en medisch gerechtvaardigd of dringend is.

Repatriëring naar België wordt terugbetaald voor zover dit noodzakelijk en dringend is.

5. H0SPITALISATIE IN HET BUITENLAND

De polis geldt wereldwijd.

Buiten België is de terugbetaling echter beperkt tot maximaal driemaal de wettelijke tussenkomst (ZIV).

Als er om één of andere reden geen wettelijke tussenkomst wordt verleend, wordt de terugbetaling als volgt berekend:

- van de gemaakte kosten worden reeds ontvangen terugbetalingen, van welke aard ook, in mindering gebracht
- voor een hospitalisatie ontvangt de verzekerde per opnamedag in een ziekenhuis maximum 90 euro
- voor de kosten gemaakt vóór en na de hospitalisatieperiode, wordt de tussenkomst beperkt tot 50 %
- voor ambulante verzorging bij ernstige ziekten in het buitenland is er geen tussenkomst.

FRANCHISE

De franchise geldt enkel als u zelf kiest voor verblijf in een **eenpersoonskamer**. De franchise bedraagt **350 euro** per persoon en per schadejaar. Een ´schadejaar' is de periode van 12 maanden na de eerste hospitalisatiedag.

We spreken van een opname in een eenpersoonskamer wanneer er minstens één ligdag in een eenpersoonskamer is aangerekend.

De franchise wordt toegepast op de som van de hospitalisatiekosten en de kosten binnen de periode **van 3 maanden vóór en 6 maanden na** (bij ongeval: 9 maanden) de hospitalisatie. Voor de kosten die verband houden met de waarborg ´ernstige ziekten' is er geen franchise.

De franchise is maar eenmaal verschuldigd in de volgende situaties:

- als verschillende gezinsleden betrokken zijn in eenzelfde ongeval
- voor de kosten van bevalling van moeder en kind, op voorwaarde dat alle gezinsleden verzekerd zijn
- voor een ononderbroken hospitalisatie die zich situeert in 2 schadejaren.

WAT DEKT DE P0LIS NIET?

De kosten die het gevolg zijn van:

- oorlog
- burgerlijke onlusten, oproer, aanslagen, daden van terrorisme of sabotage, behalve als de verzekerde er niet zelf aan heeft deelgenomen
- de opzettelijke daad van de verzekerde
- het niet-therapeutisch gebruik van verdovende middelen, toxicomanie, alcoholisme en alcoholische intoxicatie.

De kosten gedaan voor:

- esthetische zorg of behandelingen (behalve als die het gevolg zijn van een ziekte of ongeval waarvoor de polis wel geldt).
  Voorbeeld: esthetische chirurgie na een zware verbranding is wel gedekt.
- niet wetenschappelijk beproefde behandelingen, technieken en materialen
- de door de wettelijke verplichte verzekering niet gedekte kuurbehandelingen, badadditieven en cosmetische producten
- de bijstand, de oppas en het onderhoud van de verzekerde kosten van privéaard: telefoon, drankjes, enz.
- vruchtbaarheidsbehandelingen, contraceptieve behandelingen, vrijwillige zwangerschapsonderbreking en kunstmatige bevruchting*
- de lopende hospitalisatie die begonnen is vóór de aansluitingsdatum behandelingen uitgevoerd vóór de aansluitingsdatum van de verzekerde of zijn gezinsleden
- de hospitalisatie in het buitenland als de verzekerde hier specifiek voor kiest

** Zie ook p. 9*

ALGEMENE REGELS V00R TERUGBETALING

- De waarborg geldt uitsluitend voor de kosten die rechtstreeks verband houden met de oorzaak van de hospitalisatie of met de erkende ´ernstige ziekten'.
- De kosten voor prothesen, orthopedische apparaten, brillen voorgeschreven door een oogarts, tandheelkundige en orthodontische verzorging en behandelingen, zijn gedekt voor zover er tussenkomst is van de verplichte ziekteverzekering. De vergoeding is bovendien, voor elke prestatie, beperkt tot maximum driemaal het bedrag van de wettelijke tussenkomst.
- Voor psychische, psychiatrische en mentale aandoeningen worden de kosten terugbetaald gedurende een al dan niet aaneengesloten periode van hospitalisatie van maximaal 2 jaar, te beginnen vanaf de eerste hospitalisatie die recht geeft op terugbetaling.
- De tussenkomsten worden maar verleend na aftrek van: de wettelijke tussenkomst van de ziekteverzekering, en van iedere vergoeding van gelijk welke kas, organisme of instelling die hetzelfde risico dekt.
- Heeft u om welke reden ook geen recht op de wettelijke tussenkomst dan wordt er voor de berekening van deze tussenkomst rekening gehouden met de wettelijke tussenkomst die u had kunnen ontvangen indien u uw recht hierop had behouden.
- Zodra de verzekeraar een betaling heeft verricht, treedt hij in de rechten en vorderingen die u ten aanzien van een derde (bijvoorbeeld de verzekeraar van de chauffeur die u aanreed) zou hebben. U mag dus N00IT op eigen houtje een document ondertekenen waarbij u afstand doet van uw rechten zonder de toestemming van Vanbreda.

WAT K0ST MEDI-H0UT?

Per ***kwartaal*** bedraagt de premie:

voor een **kind jonger dan 21 jaar**	14,71 euro/kwartaal
voor een **volwassene jonger dan 67 jaar**	33,46 euro/kwartaal
voor een **volwassene vanaf 67 jaar**	125,44 euro/kwartaal

Deze bedragen gelden sinds 1 april 2011 en zijn nog steeds van toepassing.

Deze premies kunnen **jaarlijks geïndexeerd worden in functie van de medische index**. Als blijkt dat de premies niet meer volstaan om alle schadegevallen terug te betalen, kunnen ze slechts aangepast worden na voorafgaande verwittiging door de verzekeraar aan het Fonds voor Bestaanszekerheid.

Hoe wordt de premie betaald?

Personen die aansluiten in de eerste helft van de maand (van de 1e tot en met de 15e dag) betalen de volledige maand.

Personen die aansluiten in de tweede helft van de maand, betalen geen premie voor deze maand.

De premie wordt trimestrieel geïnd op de vervaldag via een **domiciliëring**. De aangeslotene kan nochtans nog opteren voor een jaarlijkse inning.

Een domiciliëring is een contract waarbij u uw bank de toestemming geeft het verschuldigde bedrag van uw rekening te halen op eenvoudig verzoek van Vanbreda. Voor het eerste jaar van de aansluiting wordt de premie berekend naar rato van het aantal maanden aansluiting.

Na ontvangst van uw inschrijvingsformulier, deelt Vanbreda u zo spoedig mogelijk mee welke premie u zal moeten betalen. Na ontvangst van uw betaling, wordt uw Medi-linkkaart opgestuurd.

Wat gebeurt er als u niet tijdig betaalt?

Als u de domiciliëring intrekt en uw premie niet betaalt binnen 15 dagen na de herinneringsbrief van Vanbreda, worden alle waarborgen geschorst tot op de datum van betaling van de premie en eventuele intresten.

De verzekeraar mag dan uw aansluiting stopzetten.

H0E W0RDT U TERUGBETAALD?

1. DE AANGIFTE

Hoe doet u aangifte van een (dag)opname?

- Via de Vanbreda Health Care app
- Via de website op **www.vanbreda-health.be**
- Telefonisch via 03 217 69 76

Wanneer doet u aangifte?

- **Geplande (dag)opname?** 15 dagen voor de opnamedatum
- **Spoedopname?** Zo snel mogelijk

Wat doet u in geval van een ERNSTIGE ZIEKTE?

- Doe eenmalig aangifte van je ernstige ziekte samen met een medisch verslag en diagnose door je behandelend arts.,
  - **Hoe?** Via de website op **www.vanbreda-health.be/aangifte-ernstige-ziekte**
  - **Waarom?** Bij acceptatie van een dossier ernstige ziekte worden je ambulante kosten die in rechtstreeks verband staan met de ziekte terugbetaald, zelfs als er geen (dag)opname is.

2. DE VRAAG OM TERUGBETALING

Hoe dient u kosten (facturen) in?

- Via de Vanbreda Health Care app
- Via de website op www.vanbreda-health.be

Welke documenten bezorgt u aan Vanbreda?

- Hospitalisatiefactuur:
  - Met Medi-Link: Vanbreda ontvangt en betaalt uw factuur rechtstreeks aan het ziekenhuis.
  - Zonder Medi-Link: u ontvangt en betaalt de factuur zelf aan het ziekenhuis. Daarna stuurt u de volledige factuur naar Vanbreda.
- Farmaceutische kosten:
  - Met AssurPharma: laat uw AssurPharma-barcode inscannen in de apotheek en uw apothekerskost (BVAC-attest) wordt rechtstreeks digitaal naar Vanbreda verzonden. De papieren versie die u zelf ontvangt, moet u niet naar Vanbreda opsturen.
  - Zonder AssurPharma: bezorg het BVAC-attest digitaal aan Vanbreda.
  - Andere documenten van de apotheek (bv. overzichtslijsten) worden niet aanvaard voor terugbetaling.
- Ambulante prestaties en raadplegingen (specialist, kinesist, onderzoek…):
  - U bezorgt aan Vanbreda het bewijs van de werkelijk betaalde erelonen en de volledige, gedetailleerde facturen samen met de kwijtschriften van uw mutualiteit.
  - Indien u geen kwijtschriften meer ontvangt van uw mutualiteit, dan kan u een overzichtslijst met prestaties van zorgverleners verkrijgen bij uw mutualiteit. Op deze lijst staan enkel prestaties van zorgverleners en geen andere kosten (hospitalisatiefacturen, klinische biologie, facturen ambulante zorg of medicatie) of kosten die reeds zijn ingediend.

Wanneer moet u uw ambulante kosten opsturen?

- **Kosten in verband met een (dag)opname (pre-postkosten):** na verwerking van uw hospitalisatiefactuur (zie hierboven).
- **Kosten in verband met een ernstige ziekte:** het hele jaar door kan u deze kosten direct indienen.

INLICHTINGEN EN RESPECT V00R DE PRIVACY

U moet aan Vanbreda alle inlichtingen verstrekken over ziekten, ongevallen, zwangerschappen of bevallingen die zich voordeden en de gevolgen ervan.

U moet de geneesheren die door Vanbreda worden aangesteld, de mogelijkheid geven om bijkomende informatie in te winnen en onderzoeken te doen. Vanbreda verbindt zich ertoe om alle gegevens die behoren tot de persoonlijke levenssfeer te eerbiedigen en te beschermen.

BETWISTINGEN

Als er betwistingen van medische aard ontstaan tussen u en Vanbreda, dan wordt in de eerste plaats gestreefd naar een akkoord tussen de behandelende geneesheer en de geneesheer van Vanbreda. Komen ze niet tot een akkoord, dan kunnen de partijen hun geschil voorleggen aan een derde geneesheer die als scheidsrechter wordt aangesteld.

Het ereloon van deze geneesheer-scheidsrechter, en alle gespecialiseerde onderzoeken die bij de arbitrage worden uitgevoerd, worden voor de ene helft gedragen door u en voor de andere helft door **Allianz Verzekeringen**.

Bij een betwisting omtrent de rechten en plichten is enkel de polistekst als rechtsgeldig te beschouwen. Deze brochure geldt als een samenvatting van de polis.

HEBT U N0G VRAGEN?

De Medi-Hout verzekeringspolis werd afgesloten tussen het **Fonds voor bestaanszekerheid voor de Stoffering en de Houtbewerking** en **Allianz Verzekeringen**.

Het beheer van de polis werd toevertrouwd aan **Vanbreda Risk & Benefits**.

0p eenvoudig verzoek sturen we u de volledige tekst van de polis toe.

App

Vanbreda App of Vanbreda portal
via app.vanbreda.be

Callcenter: 03 217 69 76

Bel gerust voor meer informatie of een advies. We staan voor u klaar elke werkdag van 9u tot 16u.
Parlez-vous francais? Appelez le 03 217 69 77
Sprechen Sie Deutsch? Bitte wählen Sie 03 217 69 77

E-mail

medihout@vanbreda.be

Post

Vanbreda, Postbus 84, B-2140 Antwerpen

ANTWOORDFORMULIER

Aansluitingsactie Medi-Hout

Ondergetekende, Naam en voornaam: .....

Geboortedatum: .....

E-mailadres: ..... Telefoonnummer: .....

Adresgegevens: .....

wenst vanaf _____(DD/MM/YYYY):

1. ☐ Aansluiting werknemer
2. ☐ Aansluiting werknemer en partner
3. ☐ Aansluiting werknemer en kinderen
4. ☐ Aansluiting werknemer en alle gezinsleden (partner + kinderen)

NAAM + VOORNAAM gezinslid	GEBOORTEDATUM	GESLACHT	PARTNER/KIND

U dient dit formulier per mail te bezorgen via medihout@vanbreda.be.

Datum: …….

Handtekening: ……

Verantw. uitgever: G. De Vlaminck, Voorzitter FBZ - Hof ter Vleestdreef 5, 1070 Brussel

ABVV Hout en stoffering Samen sterk

ACLVB

HOUT UNIE HOUTBEWERKERS

Fedustria

ACV bouw - industrie & energie