

Overeenkomst

■ HospiCare Flexible

Beroepsgebonden verzekering – Gezondheidszorgen zelfstandigen

8RFIN bv **HospiCare Flexible**

- Met bijstand in het buitenland
- Met Medi-Assistance
- Gezondheidszorgen
- De zaakvoerders

Ingangsdatum: 1 mei 2025
Klantnummer: KX788
Interne referentie: ZX8 / 4753732-P8M5F1 - C29708 - CHOSP

INLEIDING

Welke documenten beheren de overeenkomst gezondheidszorgen?

– De bijzondere voorwaarden en hun bijlagen

Deze beschrijven de aansluitingsvoorwaarden, de waarborg, het bedrag van de premies en de wijze waarop de overeenkomst gezondheidszorgen gefinancierd wordt.

Ze vervullen en verduidelijken de algemene voorwaarden.

– De algemene voorwaarden

De algemene voorwaarden bevatten de bepalingen die van toepassing zijn op alle overeenkomsten gezondheidszorgen.

In de Algemene Voorwaarden die deel uitmaken van deze overeenkomst, moeten de termen "loontrekkende" en "werkgever" gelezen worden als "zelfstandige" en "onderneming".

INHOUDSTAFEL

BIJZONDERE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN

1. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst	1
2. Vorm van de overeenkomst	1
3. Beheer van de overeenkomst	1
4. Wie wordt aangesloten?	1
5. Einde van de aansluiting	2
6. Wat voorziet de overeenkomst gezondheidszorgen?	2
7. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?	5
8. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance georganiseerd ingeval van toepassing van Medi-Assistance?	6
9. Is er een plafond voor de terugbetaling van AG Insurance?	7
10. Hoeveel bedragen de premies en wanneer dienen ze betaald te worden?	7
11. Wie financiert de overeenkomst gezondheidszorgen?	8
12. Wat gebeurt er indien de verzekerde zelfstandige en/of de gezinsleden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?	8
13. Kan de onderneming de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten?	10
14. Wat gebeurt er ingeval de onderneming zijn activiteiten stopzet?	10
15. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand	10
16. Medi-Assistance - Bijkomende comfort dienstverlening tijdens en na de hospitalisatie	16
17. Toegang tot de online diensten van AG Insurance	19
18. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	19
19. Informatieverplichting	20

ALGEMENE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN

BIJZONDERE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN

1. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt gesloten door

8RFin bv

St.-Kristoffelstraat 4D

2440 Geel

BELGIE

KBO-nummer: 1014.435.007

hierna "onderneming" genoemd.

De overeenkomst treedt in voege op 1 mei 2025.

2. Vorm van de overeenkomst

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt gesloten in de vorm van een beroepsgebonden verzekering.

3. Beheer van de overeenkomst

De overeenkomst wordt beheerd door **AG Insurance nv**, Emile Jacqmainlaan 53 - B-1000 Brussel, onderneming toegelaten onder code nr. 0079 RPR 0404.494.849.

4. Wie wordt aangesloten?

Elke zaakvoerder met het statuut van zelfstandige die arbeidsprestaties levert in het kader van een mandaat of aannemingsovereenkomst, wordt verplicht aangesloten bij de overeenkomst gezondheidszorgen.

De zelfstandige bestuurder kan de aansluiting van de leden van zijn gezin vragen. In dat geval dient de aansluiting te worden gevraagd van alle gezinsleden die beantwoorden aan de gestelde criteria.

Onder gezinsleden dient te worden verstaan:

- de echtgenoot van de zelfstandige of de samenwonende levenspartner, van wie de identiteit door de onderneming wordt meegedeeld en dit vanaf het begin van de samenwoning. Deze aanvraag moet verantwoord worden door een domiciliëringsbewijs, afgegeven door het gemeentebestuur;
- alle ongehuwde kinderen jonger dan 25 jaar die recht geven op kinderbijslag.

De aansluiting is afhankelijk van de medische acceptatie door AG Insurance, overeenkomstig haar algemeen beleid ter zake. De aansluiting gaat in de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met de datum waarop de kandidaat-aangeslotene beantwoordt aan de aansluitingscriteria en, in voorkomend geval, medisch aanvaard werd.

Zolang minstens 15 hoofdverzekerden aansluiten tot de overeenkomst gezondheidszorgen (rekening houdende met het aantal aangeslotenen van aanverwante vennootschappen) zijn de medische formaliteiten, de wachttijden en de uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen waarvan sprake in de punten 10, 11 en 12 van de algemene voorwaarden niet van toepassing.

De medische formaliteiten en de uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen waarvan sprake in de punten 10 en 12 van de algemene voorwaarden zijn echter wel van toepassing voor laattijdige aansluitingen.

De aansluiting wordt als laattijdig beschouwd indien personen niet aangesloten werden binnen de drie maanden na de datum waarop zij aansluitbaar waren en die hun aansluiting nadien aanvragen.

In dit geval gaat de aansluiting in op de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd.

De medische formaliteiten en de uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen waarvan sprake in de punten 10 en 12 van de algemene voorwaarden zijn eveneens van toepassing voor de pasgeborene indien de aansluiting van de andere gezinsleden laattijdig gevraagd werd minder dan 3 maand vóór de geboorte van de pasgeborene. De aansluiting van de pasgeborene gaat ten vroegste in op de effectieve aansluitingsdatum van de andere gezinsleden.

De onderneming overhandigt aan elke zelfstandige een exemplaar van de bijzondere en de algemene voorwaarden.

5. Einde van de aansluiting

Zowel voor de zelfstandige als voor zijn gezinsleden wordt de aansluiting beëindigd op de dag waarop de zelfstandige niet meer effectief aan het werk is bij de onderneming, in het bijzonder:

- bij beëindiging of onderbreking van de aannemingsovereenkomst of het mandaat;
- ingevolge overlijden;
- en uiterlijk bij de pensionering.

Daarenboven stopt de aansluiting van de gezinsleden zodra zij niet meer beantwoorden aan de criteria bepaald onder punt 4.

De aansluiting wordt evenwel niet beëindigd indien de aannemingsovereenkomst of het mandaat de arbeidsovereenkomst geschorst wordt ingevolge arbeidsongeschiktheid van de zelfstandige.

6. Wat voorziet de overeenkomst gezondheidszorgen?

1. Waarborgen "Ziekenhuisopname" en ambulante geneeskundige zorgen "Pre- en posthospitalisatie"

A. Waarborg "Ziekenhuisopname"

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.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten:

- van verblijf, medische erelonen, onderzoeken, behandelingen en van geneesmiddelen;
- van prothesen, orthopedische apparaten, medisch materiaal en medische hulpmiddelen.

op voorwaarde dat die kosten zijn gemaakt tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks in verband staan met de oorzaak ervan.

Volgende prestaties zijn eveneens gedekt:

- de opname in een ziekenhuis om medisch begeleide voortplantingsbehandelingen uit te voeren, voor zover er een wettelijke tussenkomst is voorzien;
- de verblijfskosten van de moeder of vader in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voor zover het kind en één van beide ouders verzekerd zijn en de aanwezigheid van de ouder beschouwd wordt als medisch noodzakelijk door de behandelende geneesheer;
- de kosten van het aangepast vervoer naar het ziekenhuis (ook met helikopter) voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de aangeslotene een dringende opname in het ziekenhuis vereist;
- de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
- de kosten van palliatieve zorgen in het ziekenhuis;
- de plastische chirurgie in het kader van herstellende chirurgie;
- de wiegendoodtest;
- de kosten van medisch materieel;
- de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht;
- de cataractoperaties extra-muros in het kabinet van een oogarts die voldoet aan alle wettelijke voorschriften teneinde deze ingreep uit te voeren.

B. Waarborg ambulante geneeskundige zorgen "Pre- en posthospitalisatie"

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die verstrekt worden tijdens de maand die voorafgaat aan de ziekenhuisopname en de 3 maanden na de opname en die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak ervan.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten:

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen die voor de bovengenoemde periode zijn voorgeschreven, met uitzondering van de homeopathische geneesmiddelen
- van kompressen en medisch verbandmateriaal, voor zover voorgeschreven door een arts voor de bovengenoemde periode en afgeleverd door een apotheek of erkend bandagist;
- van prothesen en orthopedische apparaten voor zover voorgeschreven door een arts voor de bovengenoemde periode.

De vervoerskosten alsook de kosten van de huur en de aankoop van medisch materieel worden niet terugbetaald.

De waarborgen hebben betrekking op de ziekenhuisopnamen die ten vroegste op de aansluitingsdatum een aanvang nemen. De prehospitalisatieperiode begint ten vroegste vanaf die datum te lopen.

2. Waarborg ambulante geneeskundige zorgen ingeval van ernstige ziekten

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die rechtstreeks in verband staan met één van de hierna opgesomde ernstige ziekten waarvan de diagnose behoorlijk is vastgesteld:

Aids, amyotrofe lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening behandeld met dialyse, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus en paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten:

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen met uitzondering van de homeopathische geneesmiddelen en voor zover voorgeschreven door een arts;
de huur van medisch materieel, voor zover voorgeschreven door een arts
- van kompressen en medisch verbandmateriaal, voor zover voorgeschreven door een arts en afgeleverd door een apotheek of erkend bandagist;
- van prothesen en orthopedische apparaten voor zover voorgeschreven door een arts.

De vervoerskosten worden niet terugbetaald.

3. Opmerkingen

Overeenkomstig de beschrijving van de hiervoor vermelde waarborgen voorziet de overeenkomst niet in de terugbetaling van de kosten die voortvloeien uit de volgende behandelingen en prestaties alsook uit hun eventuele gevolgen:

- esthetische zorgen of behandeling, of zorgen met esthetisch oogmerk, met of zonder functionele stoornissen, behoudens voorafgaand akkoord van de adviserende arts van AG Insurance;
- kuurbehandelingen, bijvoorbeeld: thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuur;
- de bijstand, de oppas of het onderhoud van de aangeslotene;
- anticonceptie behandelingen (zoals sterilisatie);
- check-ups, preventieve opsporingsonderzoeken met uitzondering van een colonoscopie in een twee- of meerpersoonskamer, raadplegingen voor zuigelingen;
- experimentele of wetenschappelijk niet beproefde behandelingen.

Volgende behandelingen worden slechts terugbetaald na voorafgaandelijk akkoord van de adviserende arts van AG Insurance en mits voorlegging, ongeacht de oorzaak, van het medisch verslag dat de noodzaak van de ingreep aantoonst, de gebruikte techniek en het bestek:

- borstreconstructie, borstverkleining of borstplastie;
- behandelingen van de mandibulae of kaaksbeenderen;
- bariatrische chirurgie;
- chirurgie voor de correctie van de oogleden;
- chirurgie voor het herstel van de buik (abdominoplastie,...).

Onder “palliatieve zorgen” dient te worden verstaan: de behandeling verleend aan personen die zich in een terminale fase bevinden. Deze behandeling is gericht op de fysieke en psychische noden van de patiënt en draagt ertoe bij een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren.

Door het feit van de terugbetaling worden de rechten en vorderingen van de aangeslotene tegen het ziekenhuis of de zorgverstrekkers in de mate van de betaalde kosten op AG Insurance overgedragen.

7. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?

De terugbetaling van AG Insurance wordt als volgt berekend:

1. Van het bedrag van de gemaakte kosten die binnen de waarborg van de overeenkomst gezondheidszorgen vallen, worden afgetrokken:
 - de wettelijke tussenkomst;
Indien de aangeslotene om welke reden ook geen wettelijke tussenkomst geniet of er geen recht op heeft, wordt een fictief bedrag ten belope van de wettelijke tussenkomst afgetrokken.
 - de reeds ontvangen terugbetalingen van welke aard ook.
2. Er geldt één globaal terugbetalingsplafond van 5.000,00 EUR per verzekerde en per verzekeringsjaar, voor de terugbetaling van de volgende prestaties:
 - *Onder de waarborg “ziekenhuisopname”:*

Prothesen, orthopedische apparaten, medisch materiaal en medische hulpmiddelen waarvoor er geen wettelijke tussenkomst is.
 - *Onder de waarborg “ambulante geneeskundige zorgen pre- en posthospitalisatie” of “ambulante geneeskundige zorgen ingeval van ernstige ziekten”:*

Prothesen en orthopedische apparaten waarvoor er geen wettelijke tussenkomst is.

Er geldt geen terugbetalingsplafond voor de hierboven vermelde prestaties indien er een wettelijke tussenkomst is.
3. Voor de waarborgen “Ambulante geneeskundige zorgen pre- en posthospitalisatie” en “Ambulante geneeskundige zorgen ingeval van ernstige ziekten” wordt de terugbetaling van geneesmiddelen waarvoor er geen wettelijke tussenkomst is beperkt tot 50%. Deze beperking is ook van toepassing op geneesmiddelen die door een buitenlandse arts voorgeschreven zijn in het kader van de waarborg in het buitenland (punt 15 II 2.5).

Deze beperking geldt niet voor de waarborg “Hospitalisatie” of voor geneesmiddelen waarvoor een wettelijk tussenkomst is..
4. De thuisbevalling (met inbegrip van een bevalling en/of verblijf in een geboortehuis of ieder hiermee vergelijkbare instelling) wordt forfaitair vergoed ten belope van 620,00 EUR. De eventuele vrijstelling wordt in mindering gebracht op het forfaitair bedrag.
5. De cataractoperaties extra-muros worden vergoed tot een maximum bedrag van 600,00 EUR per oog (erelonen, lens, geneesmiddelen, producten, pre- en postkosten). Van dit bedrag van 600,00 EUR (of minder) wordt de vrijstelling in mindering gebracht.

6. 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 gedurende meer dan 3 opeenvolgende maanden in het buitenland verbleven hebben.

U vindt de beschrijving van deze waarborg, die ten laste wordt genomen door onze bijstandsverlener in punt 15. "Ziekenhuisopname in het buitenland en Bijstand".

Indien aan een van deze drie voorwaarden niet is voldaan, wordt de terugbetaling van de door de overeenkomst gewaarborgde kosten beperkt tot 75,00 EUR, vermenigvuldigd met het aantal dagen ziekenhuisopname voor de hospitalisatiekosten. De kosten voor pre & post worden ten belope van 50% terugbetaald. De kosten i.v.m. ernstige ziekten worden niet vergoed.

7. Van het totaal van de aldus berekende kosten (met inbegrip van het forfaitair bedrag voor een thuisbevalling) wordt er geen vrijstelling afgetrokken.

8. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance georganiseerd ingeval van toepassing van Medi-Assistance?

Elke aangeslotene bij de overeenkomst gezondheidszorgen kan, in geval van hospitalisatie, beroep doen op het systeem van de derdebetaler georganiseerd door ons "service center" Medi-Assistance. De derdebetaler bij een hospitalisatie moet vooraf of tijdens de ziekenhuisopname worden aangevraagd via het nummer vermeld op de My Health Care kaart of via de website <http://www.ag.be/hospi>.

De verzekerde kan bovendien telefonisch het advies vragen over:

- de waarborgen van zijn contract;
- de eventuele tenlasteneming door AG Insurance;
- de eventuele regeling via derdebetalersregeling met het ziekenhuis;
- de bijkomende comfort dienstverlening.

Ingeval van toekenning van de derdebetaler zijn de bepalingen hernomen in de punten 2 en 3 van de algemene voorwaarden enkel van toepassing op de waarborgen ambulante geneeskundige zorgen "pre- en posthospitalisatie" en ernstige ziekten.

Als verzekerde en begunstigde van Medi-Assistance, ontvangt de verzekerde een My Health Care kaart. Op deze kaart staat heel wat nuttige informatie, zoals het telefoonnummer van het servicecenter waarnaar de verzekerde kan bellen. Op basis van de gegevens die op zijn kaart staan, zal de contactpersoon hem alle informatie kunnen verschaffen over zijn waarborgen (of van de persoon voor wie hij belt). Na een online of telefonische intake, zal er bevestigd worden of AG Insurance de hospitalisatiekosten ten laste neemt en de derdebetaler toekent. Het servicecenter stuurt hiervan een bevestiging naar de verzekerde. Ook het ziekenhuis ontvangt een kopie van de brief. Zo kan het administratieve dossier worden aangemaakt. Bij aankomst in het ziekenhuis overhandigt de verzekerde de ondertekende bevestigingsbrief aan het onthaal. Het ziekenhuis stuurt de factuur naar AG Insurance.

De factuur wordt rechtstreeks door ons geregeld, en de verzekerde hoeft ook geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis.

De kosten die niet door de overeenkomst gedekt zijn, blijven ten laste van de verzekerde.

We denken daarbij niet alleen aan de vrijstelling, maar ook aan comfortkosten. Onze diensten zullen deze kosten indien nodig na de hospitalisatie recupereren bij de verzekerde. In geval van niet-betaling van deze verschuldigde bedragen, zal een forfaitaire vergoeding ten belope van 12,50 EUR (index 111.31, augustus 2009 - basis 2004=100) verschuldigd zijn aan AG Insurance, van rechtswege en zonder ingebrekestelling. Deze vergoeding varieert ieder jaar op 1 januari in functie van de evolutie van de index der consumptieprijzen, op basis van de index van de maand december van het vorige jaar. In geen geval zal dit bedrag lager zijn dan 12,50 EUR.

De procedure verandert niet bij dringende hospitalisatie. De verzekerde zelf, een verwant of een personeelslid van het ziekenhuis, neemt contact op met ons servicecenter Medi-Assistance en dit tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Als aan de voorwaarden voldaan is, zal Medi-Assistance de bevestigingsbrief via e-mail of fax naar het ziekenhuis sturen, met bevestiging van de terugbetaling en de derdebetaler. Dit zal gebeuren de eerste werkdag die volgt op de aanvraag.

Indien de procedure van derdebetaler niet van toepassing is, worden de bepalingen hernomen in de punten 2 en 3 van de algemene voorwaarden toegepast op het geheel van de waarborgen van de overeenkomst.

De beschrijving van de bijkomende comfort dienstverlening, die georganiseerd en ten laste genomen wordt door onze bijstandsverlener, vindt u in punt 16. (Medi-Assistance).

9. Is er een plafond voor de terugbetaling van AG Insurance?

Behoudens wat bepaald is in punt 7., geldt er geen plafond voor de terugbetaling van AG Insurance.

10. Hoeveel bedragen de premies en wanneer dienen ze betaald te worden?

Bij de invoegetrede van de overeenkomst gezondheidszorgen bedragen de maandelijkse premies:

	Aangesloten zelfstandige en gezinsleden
	Hospicare Flexible met Medi-Assistance
Premie volwassene	16,07 EUR ¹
Vanaf 67 jaar	P x 3
Vanaf 70 jaar	P x 4
Premie kind (*)	6,43 EUR ¹

* = kind jonger dan 25 jaar dat recht geeft op kinderbijslag.

Voor de laattijdige aansluitingen zoals omschreven in punt 4. (aansluiting), worden de premies voor Hospicare Flexible met 10% verhoogd.

De premies zijn maandelijks betaalbaar op het einde van elke maand.

Op elke jaarlijkse vervaldatum kan de premie aangepast worden aan de jaarlijkse positieve evolutie van het indexcijfer der consumptieprijzen van de maand juni.

¹ Premie te verhogen met taks en RIZIV-bijdrage.

Bovendien kan de premie op elke jaarvervaldag aangepast worden aan de evolutie van de specifieke medische index – waarborg éénpersoonskamer – indien en voor zover de evolutie van dit indexcijfer deze van het indexcijfer der consumptieprijzen van de maand juni overschrijdt. De aanpassing gebeurt op basis van de verhouding tussen het globale indexcijfer van het jaar dat de vervaldag voorafgaat en het globale indexcijfer dat een jaar vroeger in werking is getreden. De specifieke medische index wordt jaarlijks op de eerste werkdag van juli gepubliceerd en kan geraadpleegd worden op de website van de FOD Economie.

Met uitzondering van de indexatie zoals hiervoor bepaald en behalve ingeval van wettelijke of regelgevende wijzigingen die de verzekeringsvoorwaarden beïnvloeden, zijn de premies hierboven tijdens de looptijd van deze overeenkomst gegarandeerd gedurende een periode van 2 jaar, te rekenen vanaf de ingangsdatum.

11. Wie financiert de overeenkomst gezondheidszorgen?

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt als volgt gefinancierd:

	Premie voor de zelfstandige	Premie voor de gezinsleden
Ten laste van de onderneming	100,00%	0,00%
Ten laste van de zelfstandige	0,00%	100,00%

Op elke vervaldag betaalt de onderneming de premies inclusief de taks en de RIZIV-bijdrage aan AG Insurance.

12. Wat gebeurt er indien de verzekerde zelfstandige en/of de gezinsleden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?

Elke aangeslotene kan, ingeval van verlies van de beroepsgebonden dekking, een individuele verzekering gezondheidszorgen afsluiten, waarbij hij van volgende voordelen geniet:

- voor het individuele contract gelden geen medische formaliteiten of wachttijden;
- er zijn geen bijkomende uitsluitingen van voorafbestaande aandoeningen of bijkomende beperkingen van medische aard bij het sluiten van het individuele contract;
- de te betalen premie is die van het individuele tarief in overeenstemming met zijn leeftijd bij aansluiting bij de individuele verzekering.

De algemene voorwaarden zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de voortzetting, maar aangepast om rekening te houden met de bovengenoemde voordelen.

Informatie te verstrekken door de onderneming (of door de curator in geval van faillissement)

De onderneming brengt de zelfstandige ten laatste 30 dagen na het verlies van de beroepsgebonden dekking schriftelijk of elektronisch op de hoogte van:

- het **precieze tijdstip** van het verlies van de beroepsgebonden dekking; overeenkomstig punt 5. van deze overeenkomst is dit de dag waarop de zelfstandige niet meer effectief aan het werk is bij de onderneming;
- de **mogelijkheid** om de verzekering **individueel voort te zetten**;
- de **contactgegevens** van AG Insurance;
- de **termijn van 30 dagen** waarbinnen de zelfstandige en in voorkomend geval de gezinsleden, het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen: deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van huidig schrijven vanwege de onderneming. In dit schrijven wijst de onderneming er eveneens op dat deze termijn met 30 dagen kan verlengen, op voorwaarde dat hij AG Insurance hiervan schriftelijk of elektronisch in kennis stelt.

Toekenningsvoorwaarden

Deze voordelen worden verleend, zowel aan de zelfstandige als aan de eventuele gezinsleden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. De zelfstandige moet gedurende de twee jaren die voorafgaan aan het verlies van de beroepsgebonden waarborg, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende overeenkomsten gezondheidszorgen, afgesloten bij een verzekeringsonderneming.

Voor de zelfstandige en de eventuele gezinsleden is deze voorwaarde niet van toepassing ingeval van pensionering, overlijden of ingeval van stopzetting van de activiteiten van de onderneming, voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.

Voor de eventuele gezinsleden geldt deze voorwaarde evenmin ingeval van echtscheiding of voor het kind dat niet langer aan de aansluitingsvoorwaarden voldoet, en voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan. De aanvraag moet betrekking hebben op alle aangeslotenen van eenzelfde gezin die op hetzelfde tijdstip het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen.

- b. De aanvraag tot individuele voortzetting moet hetzij schriftelijk, hetzij elektronisch ingediend worden binnen 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van de informatie uitgaande van de onderneming, of, in geval van faillissement of vereffening, van de curator respectievelijk de vereffenaar met betrekking tot de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Hiertoe worden door AG Insurance specifieke documenten ter beschikking gesteld. Het individuele contract moet in voege treden op de dag waarop de aansluiting bij de overeenkomst gezondheidszorgen beëindigd wordt.

Een verzekerd gezinslid dat het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de verzekering door de hoofdverzekerde, beschikt over een termijn van 105 dagen om de individuele voortzetting aan te vragen. Deze termijn begint te lopen vanaf het ogenblik waarop het gezinslid het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest.

Het recht op individuele voortzetting vervalt hoe dan ook, zowel voor de zelfstandige als voor het verzekerde gezinslid, indien de voortzetting niet is aangevraagd bij AG Insurance binnen een termijn van **105 dagen** te rekenen vanaf de dag waarop de aangeslotene of het gezinslid het voordeel van de beroepsgebonden dekking heeft verloren.

- c. De verzekerde waarborg van de individuele voortzetting is gelijksoortig met die van de beroepsgebonden overeenkomst gezondheidszorgen.

Bij beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst gezondheidszorgen zal AG Insurance slechts de kosten van ziekenhuisopname en ambulante medische verzorging vergoeden die gemaakt werden tijdens de verzekerde periode.

Bijzonder geval van een aan de gang zijnde ziekenhuisopname:

Wanneer de aansluiting van de zelfstandige wordt beëindigd zonder dat de overeenkomst gezondheidszorgen is opgezegd, zal AG Insurance overeenkomstig punt 7. (terugbetaling van AG Insurance) 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.

13. Kan de onderneming de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten?

Op het einde van elk verzekeringsjaar kan de onderneming de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten, binnen de perken van de algemene voorwaarden.

Bij elke wijziging maakt AG Insurance een genummerde bijlage bij de bijzondere voorwaarden op, die aan de onderneming wordt overhandigd.

De onderneming bezorgt een kopie daarvan aan elk hoofdverzekerde.

14. Wat gebeurt er ingeval de onderneming zijn activiteiten stopzet?

Indien de onderneming zijn activiteiten stopzet en de verplichtingen niet worden overgenomen door een andere onderneming, wordt de overeenkomst gezondheidszorgen eveneens beëindigd. De zelfstandige en de eventuele gezinsleden blijven het recht op voortzetting behouden volgens de voorwaarden bepaald in punt 12.

15. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand

Voor deze waarborg doen wij beroep op TOURING nv, hierna de bijstandsverlener genoemd.

Ze wordt geregeld door dezelfde algemene en bijzondere voorwaarden, onder voorbehoud van de hierna volgende bepalingen. Deze waarborg geldt enkel in het buitenland.

I. DEFINITIES

Bevoegde medische autoriteit

De beoefenaars van de medische praktijk die erkend worden door de Belgische wetgeving of de wetgeving in voege in het betrokken land.

Bijstandsverlener

De bijstandsverlener op wie AG Insurance voor de bijstandsprestaties een beroep doet: TOURING nv, Koning Albert II-laan 4 bus 12, 1000 Brussel, RPR Brussel BTW BE 0403.471.401. Hij handelt als dienstverlener voor rekening van AG. Hij ontvangt de oproepen, organiseert de bijstand en betaalt de kosten terug die voorzien zijn door de waarborg.

Gezondheidsevacuatie

Het ziekentransport van een zieke of gekwetste verzekerde, eventueel bijgestaan door medisch personeel (geneesheer/verpleger), naar een verpleeginrichting in België of in het buitenland.

Een gezondheidsevacuatie zal alleen in medische noodgevallen toegepast worden en wanneer de aangepaste verzorging ter plaatse onmogelijk is.

Hotelkosten

De kosten van de kamer en het ontbijt.

Medisch incident

Een ziekte of ongeval overkomen aan een verzekerde.

Ongeval

Een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekerde, met een lichamelijk letsel of kwetsuur als gevolg, vastgesteld door een bevoegde medische autoriteit en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken extern is aan het organisme van het slachtoffer.

Repatriëring

Het repatriëren van de verzekerde(n) naar de wettelijke woonplaats in België.

Verzekerde(n)

De personen vermeld in de bijzondere voorwaarden van het onderschreven contract en die gedurende de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval, niet in het buitenland verbleven hebben gedurende meer dan 3 opeenvolgende maanden.

Ziekte

De aantasting van de fysieke of mentale gezondheid, vastgesteld door een medische autoriteit en dat objectieve symptomen met zich meebrengt; de aantasting van de gezondheid mag niet te wijten zijn aan een ongeval.

II. BIJSTAND AAN PERSONEN

De prestaties voor bijstand ongeval van een medisch incident zijn verworven tengevolge van ziekte of ongeval overkomen aan de verzekerde.

2.1. Opzoekings- en reddingskosten

De bijstandsverlener vergoedt in geval van medisch incident de opzoekings- en reddingskosten om het leven of de fysieke integriteit van een verzekerde te redden tot een maximumbedrag van 5.000,00 EUR per schadegeval, op voorwaarde dat de redding het gevolg is van een beslissing genomen door de bevoegde plaatselijke autoriteiten of officiële hulporganisaties.

De bijstandsverlener moet uitdrukkelijk en zonder verwijl van de gebeurtenis verwittigd worden en een attest van de plaatselijke autoriteiten en hulpdiensten moet haar overgemaakt worden.

2.2. Medische bijstand

Indien een medisch incident overkomt aan de verzekerde, stelt het medisch team van de bijstandsverlener zich onmiddellijk na de eerste oproep, in verbinding met de behandelende geneesheer ter plaatse teneinde tussen te kunnen komen in de beste omstandigheden, aangepast aan de toestand van de verzekerde.

Op verzoek van de verzekerde organiseert de bijstandsverlener de communicatie tussen de behandelende arts in het buitenland en de huisarts.

In elk geval gebeurt de organisatie van de eerste hulp door plaatselijke instanties.

2.3. Ter plaatse zenden van een arts

Tengevolge van een medisch incident en wanneer het team van de bijstandsverlener zulks nodig acht, mandateert de bijstandsverlener een arts of een medisch team om zich naar de verzekerde te begeven om de te nemen maatregelen beter te beoordelen en ze te organiseren.

2.4. Repatriëring of vervoer tengevolge van een ziekte of een ongeval

Indien de verzekerde gehospitaliseerd is tengevolge van een ziekte of een lichamelijk ongeval en indien het medisch team van de bijstandsverlener het nodig acht hem te vervoeren naar een medisch centrum dat beter uitgerust is, meer gespecialiseerd is of dichterbij zijn woonplaats in België, organiseert de bijstandsverlener en neemt zij ten laste de repatriëring of het transport om gezondheidsredenen van de zieke of gekwetste verzekerde, onder medische bewaking indien nodig, en volgens de ernst van het geval. Dit transport gebeurt per:

- spoorweg (1ste klasse);
- licht sanitair voertuig;
- ziekenwagen;
- lijnvliegtuig, economische klasse met bijzondere aanpassing indien nodig;
- sanitair vliegtuig;

tot in het ziekenhuis in de buurt van de woonplaats van de verzekerde in België of, indien de staat van de verzekerde niet noopt tot hospitalisatie, tot aan zijn woonplaats.

Indien de gebeurtenis plaats heeft buiten Europa en de omliggende landen van de Middellandse Zee, zal het transport enkel per lijnvliegtuig gebeuren.

De beslissing tot transport en van de wijze waarop wordt genomen door de arts van de bijstandsverlener en zulks enkel in functie van de technische en medische belangen. De arts van de bijstandsverlener moet voor ieder transport zijn toestemming gegeven hebben.

De bijstandsverlener mag eveneens vragen aan de verzekerde om zijn oorspronkelijk vervoerbewijs te gebruiken indien dit mogelijk is.

Indien deze vraag niet gesteld is en wanneer de bijstandsverlener de terugkeer voor zijn rekening genomen heeft, is de verzekerde verplicht om zijn niet gebruikt vervoerbewijs aan de bijstandsverlener over te maken van zodra hij terug is.

2.5. Terugbetaling van medische kosten tengevolge van een medisch incident in het buitenland

De bijstandsverlener neemt de kosten voortvloeiend uit de verzorging ontvangen in het buitenland voor haar rekening voor zover deze het gevolg zijn van een medisch incident en dit na tussenkomst van de prestaties van elke derde-betaler.

Deze waarborg omvat:

- de medische en heelkundige erelonen;
- de door een plaatselijke arts of chirurg voorgeschreven geneesmiddelen, onder voorbehoud van de beperking bedoeld in artikel 7 voor geneesmiddelen waarvoor er geen wettelijke tussenkomst is;
- de hospitalisatiekosten in zoverre de verzekerde volgens het oordeel van de artsen van de bijstandsverlener niet mag vervoerd worden;
- de kosten voor een plaatselijk traject per ziekenwagen bevolen door een arts.

Worden niet terugbetaald:

- de tussenkomsten en behandelingen van esthetische aard;
- de medische kosten aangegaan in België, of ze nu al dan niet voortvloeien uit een ongeval of een ziekte opgelopen in het buitenland;
- de kosten van preventieve geneeskunde en kuurbehandelingen;
- de behandelingen die niet erkend zijn door de Belgische sociale zekerheid;
- de kosten voor brillen, contactlenzen, medische apparaten en van prothesen in het algemeen, met uitzondering van deze die het gevolg zijn van een ziekenhuisopname in het buitenland;
- de kosten voortvloeiend uit het gebruik van verdovende middelen (tenzij op voorschrift) of uit alcoholmisbruik, de kosten als gevolg van een klaarblijkelijk roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- elke vraag voor tussenkomst die niet geformuleerd werd op het ogenblik van de gebeurtenis met uitzondering van de medische kosten in het buitenland.

Voorwaarden voor terugbetaling van de medische zorgen:

- A. De ziekenhuisopname in het buitenland moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of er moet een voorafgaandelijk akkoord met de mutualiteit gesloten zijn.
- B. Deze tenlastenemingen en/of terugbetalingen komen in aanvulling op de terugbetalingen en/of tenlastenemingen bekomen door de verzekerde of zijn rechthebbende bij de sociale zekerheid en elke andere organisatie van verzorging waarbij hij is aangesloten.
- C. De tenlastenemingen en/of terugbetaling van de kosten voor behandeling gebeurt volgens het openbaar stelsel. De tenlasteneming en/of terugbetaling van kosten voor behandeling volgens het privé-stelsel gebeurt slechts als de technische of medische gegevens dit rechtvaardigen en nadat de medische dienst van de bijstandsverlener voorafgaandelijk zijn akkoord daaromtrent heeft gegeven.
- D. Wanneer de verzekerde geen recht heeft op wettelijke tegemoetkomingen bij de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van verzorging, dan komt de bijstandsverlener enkel tussen in de terugbetaling van de medische kosten ten belope van 50%.

Betalingsmodaliteiten van de medische kosten:

Ingeval van ziekenhuisopname in het buitenland neemt de bijstandsverlener de medische kosten rechtstreeks ten laste. In dat geval verplicht de verzekerde zich ertoe om binnen een termijn van 2 maand volgend op de ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen voor de terugbetaling van deze kosten door de sociale zekerheid of door elke andere organisatie van verzorging waarbij hij is aangesloten. De aldus bekomen bedragen worden overgemaakt aan de bijstandsverlener.

Indien de verzekerde de kosten zelf heeft ten laste genomen, worden deze door de bijstandsverlener vergoed bij zijn terugkeer in België, na verhaal op de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van verzorging en dit op voorlegging van alle originele bewijsstukken.

2.6. Het opsturen van geneesmiddelen, prothesen en brillen

Wanneer de verzekerde zich, ingevolge een medisch incident, bevindt zonder de noodzakelijke geneesmiddelen, prothese of bril en indien gelijkaardige of dezelfde geneesmiddelen, prothese of bril ter plaatse niet gevonden kunnen worden, maar wel in België, dan organiseert de bijstandsverlener het zoeken, verzenden en ter beschikking stellen ervan op voorschrift van een bevoegde medische autoriteit, dit na voorafgaandelijk akkoord van haar medische dienst.

Hun aankoopprijs, eventueel vermeerderd met de douanekosten, blijft ten laste van de verzekerde, tenzij dit valt onder de waarborg van dit contract zoals onder punt 2.5. hierboven beschreven.

2.7. Kosten van repatriëring van de andere verzekerden in geval van een gezondheidsevacuatie of van overlijden van een verzekerde in het buitenland

Ingeval van een gezondheidsevacuatie of van overlijden van een verzekerde in het buitenland, organiseert de bijstandsverlener en neemt zij ten laste, tot aan hun woonplaats in België, de vervroegde terugkeer van de overige verzekerden per trein 1e klasse (afstand tot woonplaats kleiner dan 1000 km) of per lijnvliegtuig economische klasse (afstand tot woonplaats groter dan 1000 km).

Deze waarborg is van toepassing voor zover de overige verzekerden geen gebruik kunnen maken van hetzelfde vervoermiddel als voor de heenreis of niet naar België kunnen terugkeren op eigen kracht of met een vervangingsbestuurder.

De bijstandsverlener kan eveneens vragen aan de verzekerde om zijn oorspronkelijk voorziene vervoerbewijs te gebruiken. Indien dit verzoek niet geformuleerd is en wanneer de bijstandsverlener de terugreis voor haar rekening neemt, is de verzekerde verplicht om het ongebruikt vervoerbewijs van zodra hij terug is, over te maken aan de bijstandsverlener, die er de eigendom van verwerft.

2.8. Bezoek aan een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis

Indien de verzekerde wordt opgenomen in het buitenland ten gevolge van een medisch incident en de door de bijstandsverlener gemandateerde artsen adviseren om hem de eerste 5 dagen niet te vervoeren, dan organiseert en neemt de bijstandsverlener voor haar rekening:

- hetzij een reis (heen en terug) van een familielid of van een aanverwant, verblijvend in België, om zich bij de zieke of de gekwetste teervoegen;
De hotelkosten ter plaatse van deze persoon zijn voor rekening van de bijstandsverlener tot een maximumbedrag van 65,00 EUR per dag, dit gedurende maximum 10 dagen, en na voorlegging van de originele bewijsstukken.
- hetzij, de kosten voor het verlengen van het verblijf van een persoon die de verzekerde begeleidt, ten belope van hetzelfde bedrag en onder dezelfde voorwaarden.

2.9. Repatriëring na overlijden van een verzekerde tijdens een reis

Bij overlijden van een verzekerde in het buitenland en indien de familie beslist tot teraardebestelling in België, zal de bijstandsverlener het vervoer organiseren van het stoffelijk overschot en neemt zij ten laste:

- de kosten van de lijkverzorging;
- de kosten van de kisting ter plaatse;
- de kosten van de kist voor 620,00 EUR maximum;
- de kosten voor de repatriëring van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de plaats van teraardebestelling in België.

De kosten voor de begrafenisplechtigheid en de teraardebestelling in België worden niet door de bijstandsverlener ten laste genomen.

Indien de familie kiest voor een teraardebestelling ter plaatse in het buitenland zal de bijstandsverlener dezelfde prestaties organiseren en de kosten ten laste nemen zoals reeds hierboven vermeld.

Daarenboven organiseert en neemt de bijstandsverlener ook de reis (heen en terug) ten laste van een familielid met woonplaats in België per trein 1ste klasse (afstand naar woonplaats kleiner dan 1000 km) of per lijnvliegtuig economische klasse (afstand naar woonplaats groter dan 1000 km) om zich op de plaats van de teraardebestelling te begeven.

Ingeval van crematie ter plaatse in het buitenland met ceremonie in België, neemt de bijstandsverlener de repatriëring van de asurn ten laste. De tussenkomst van de bijstandsverlener is in elk geval beperkt tot de kosten van de repatriëring van het stoffelijk overschot naar België.

De keuze van de firma's die tussenkomen in de procedure van repatriëring behoort uitsluitend toe aan de bijstandsverlener.

De bijstandsverlener zal eveneens in dit geval de niet-gebruikte vervoerbewijzen, die haar eigendom worden, mogen opvragen.

III. Melding van een ziekenhuisopname in het buitenland

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland dient de melding te gebeuren binnen de 24 uur op het telefoonnummer +32(0) 2 664 01 70 (24u/24u) van de bijstandverlener.

16. Medi-Assistance - Bijkomende comfort dienstverlening tijdens en na de hospitalisatie

Voor deze waarborg doen wij een beroep op TOURING nv, hierna de bijstandverlener (zie definitie hierboven) genoemd. AG Insurance behoudt zich het recht voor van bijstandverlener te veranderen voor de uitvoering van de voorziene prestaties.

De algemene en bijzondere voorwaarden, zijn van toepassing, onder voor behoud van de hiernavolgende bepalingen.

I. DOEL EN OMVANG VAN DE BIJSTAND

1. Doel

De bijstandverlener verzekert, tot het plafond van de aangegeven bedragen, belastingen inbegrepen, een bijstandsdienst in geval van hospitalisatie in België gedekt door dit contract.

Op verzoek van de verzekerde kunnen de verleende prestaties verlengd worden tot boven de limieten van de waarborg. De kosten betreffende de verlengingen zullen volledig gedragen **worden door de verzekerde.**

2. Verzekeringsgebied

De bijstandsdienst wordt verleend in België. Hij wordt gepresteerd in de wettelijke woonplaats of de woonplaats gekozen door de verzekerde.

II. VOORWAARDEN TOT VERLENEN VAN DE BIJSTANDSDIENST

De hospitalisatie die aanleiding geeft tot het verlenen van de aanvullende diensten moet aangegeven worden bij het **service center Medi-Assistance** door de verzekerde of een persoon uit zijn omgeving in geval van spoedhospitalisatie.

Na dit telefonisch onderhoud stelt de verzekerde zich in verbinding met de bijstandverlener die de overeengekomen prestaties organiseert. Het verzoek tot toegang tot de diensten moet ingediend worden uiterlijk binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de hospitalisatie en moeten, met uitzondering van de diensten vermeld in punt hierna, worden opgenomen vóór het verstrijken van de gewaarborgde posthospitalisatieperiode.

III. BIJSTAND IN BELGIE

1. Tijdens de hospitalisatie

Tijdens de hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener de hierna aangeboden prestaties op zich tot vijf prestaties per verzekeringsjaar in totaal, met een maximumduur van 4 uur elk, te kiezen uit:

1.1. Huishoudhulp

Indien een verzekerde in een verpleeginrichting in België opgenomen moet worden en op geen enkel ander persoon een beroep gedaan kan worden voor het onderhoud van zijn woning, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten op zich voor een huishoudhulp voor maximum 4 uur per prestatie.

1.2. Kinderoppas

Indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, in een verpleeginrichting opgenomen moet worden in België en op geen enkel ander persoon een beroep gedaan kan worden voor de kinderoppas, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kinderoppas op zich voor maximum 4 uur per prestatie.

1.3. Oppas van huisdieren

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, organiseert en neemt de bijstandsverlener de oppas of de dagelijkse wandeling op zich van de huisdieren (honden en katten) voor maximum 4 uur per prestatie.

1.4. Vervoer

Vervoer naar het ziekenhuis

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde zich naar het ziekenhuis moet begeven op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener het transport op zich op verzoek van de verzekerde, tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, onder medisch toezicht indien nodig.

En indien, na afloop van de hospitalisatie, de verzekerde zich niet kan verplaatsen op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer naar zijn woning op zich.

Bezoek van de verzekerde in het ziekenhuis

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer op zich van en naar het ziekenhuis van de ouders (vader, moeder, echtgenoot(-ote)) of van de kinderen om zich naar de verzekerde te begeven.

Voor het totaal van de hierboven beschreven vervoerprestaties, is de tegemoetkoming van de bijstandsverlener beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug voor één enkele hospitalisatieperiode en voor 250,00 EUR maximum per verzekeringsjaar en per verzekerde. Als referentie voor de berekening van dit plafond wordt rekening gehouden met het verzekeringsjaar waarin de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden.

2. Na de hospitalisatie

Na de opname in een verpleeginrichting in België organiseert en neemt de bijstandsverlener de hierna vermelde aangeboden prestaties ten laste. Deze prestaties dienen aangevraagd te worden binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de hospitalisatie. De verzekerde kan tot vijf prestaties in totaal per verzekeringsjaar voor een duur van maximum 4 uur elk, te kiezen uit:

2.1. Huishoudhulp

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om alleen het huishouden voor zijn rekening te nemen, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten van een huishoudhulp ten laste voor maximum 4 uur per prestatie.

2.2. Levering van aankopen van eerste noodwendigheid

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om zich te verplaatsen en geen enkele andere persoon kan tussenkomen, organiseert de bijstandsverlener de levering van de geneesmiddelen voorgeschreven op doktersvoorschrift en/of de aankopen van voedingswaren van eerste noodwendigheid.

De kosten betreffende de aankoop zelf blijven ten laste van de verzekerde.

2.3. Kinderoppas

Indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie niet in staat is om op zijn kinderen te passen en op geen enkel ander persoon beroep gedaan kan worden voor de kinderoppas, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kinderoppas op zich voor maximum 4 uur per prestatie.

2.4. Oppas van huisdieren

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, organiseert en neemt de bijstandsverlener het toezicht of de dagelijkse wandeling op zich van de huisdieren (honden en katten) voor maximum 4 uur per prestatie.

2.5. Postnatale zorg

Na afloop van de hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten op zich van een vroedvrouw voor maximum 4 uur per prestatie.

2.6. Reisweg van de kinderen

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om zijn kinderen te vervoeren, organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer op zich voor het brengen en halen van de kinderen jonger dan 16 jaar naar en van school.

2.7. Vervoer van de verzekerde

Indien, ten gevolge van een hospitalisatie, de verzekerde zich niet kan verplaatsen op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener zijn vervoer op zich van en naar het hospitaal of medisch centrum voor de controlebezoeken.

De tussenkomst van de bijstandsverlener is beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug voor één enkele hospitalisatieperiode en tot maximum 250,00 EUR per verzekeringsjaar en per verzekerde. Als referentie voor de berekening van dit plafond wordt rekening gehouden met het verzekeringsjaar waarin de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden.

3. Bijkomende bijstand

3.1. Psychologische bijstand

De bijstandsverlener stelt de verzekerden een telefonische bijstandsdienst ter beschikking 24 uur op 24, 7 dagen op 7, bestemd om "on line" een eerste psychologische bijstand te verlenen en zal hem, indien nodig, oriënteren naar een gespecialiseerde bijstandsinstelling.

Op verzoek van de verzekerde, ten gevolge van privé- of professionele problemen, deelt de bijstandsverlener de gegevens mee van onderlinge-bijstandsverenigingen gespecialiseerd in psychologische bijstand.

3.2. Telefonische inlichtingen voor posthospitalisatiezorg

Op verzoek van de verzekerde, stelt de bijstandsverlener de verzekerde ter beschikking:

- de gegevens van paramedische verzorgingsinstellingen;
- de gegevens van de te contacteren apotheker en wachtgeneesheer;
- de gegevens van de thuisverzorgingsinstellingen;
- de gegevens van ondernemingen die medisch materiaal verhuren.

17. Toegang tot de online diensten van AG Insurance

De voorwaarden voor gebruik van de online diensten van AG Insurance worden beschreven in de conventie online dienstverlening waarvan de tekst bij deze overeenkomst gevoegd is en er integraal deel uit maakt. AG Insurance zal de toegang tot haar online diensten activeren zodra deze overeenkomst ondertekend is.

18. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

AG Insurance en de onderneming hechten een bijzonder belang aan de bescherming van persoonsgegevens. Zij verwerken de persoonsgegevens met een bijzondere zorgvuldigheid en conform de bepalingen van de toepasselijke privacywetgeving.

In het kader van deze verzekering ontvangt AG Insurance persoonsgegevens van de onderneming met het oog op de uitvoering ervan. De onderneming verklaart de betrokkenen de wettelijk vereiste informatie te hebben bezorgd bij het doorgeven van hun persoonsgegevens aan AG Insurance, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze overeenkomst.

De onderneming verklaart de uitdrukkelijke toestemming van de betrokkenen voor AG Insurance te hebben verzameld en bewaard voor de verwerking van hun gezondheidsgegevens in het kader van de beschrijving van het risico of de behandeling van het schadegeval met inbegrip van de opmaak van statistieken.

Voor het uitoefenen van hun rechten en vragen met betrekking tot de verwerking van hun persoonsgegevens in het kader van de verzekering kunnen de betrokkenen zich richten tot hun onderneming. De onderneming zal de betrokkenen informeren tot wie zij zich hiervoor kunnen richten. De betrokkenen kunnen tevens terecht bij de Data Protection Officer (of 'DPO') van AG Insurance (AG_DPO@aginsurance.be). AG Insurance en de onderneming zullen hiervoor te goeder trouw samenwerken. Zij zullen elkaar voorts de nodige ondersteuning verlenen bij verzoeken van de Gegevensbeschermingsautoriteit.

Indien AG Insurance de persoonsgegevens buiten de Europese Economische Ruimte (EER) zou verwerken, zal zij de nodige maatregelen treffen ter bescherming van de persoonsgegevens.

De onderneming en AG Insurance vrijwaren elkaar voor aanspraken of vorderingen voortvloeiend uit een inbreuk op de hierboven vermelde verbintenissen of inbreuken op de privacywetgeving, voor zover en in de mate dat hun aansprakelijkheid vaststaat.

19. Informatieverplichting

De onderneming verklaart vanwege AG Insurance de informatie te hebben ontvangen, zoals voorzien in artikel 209 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen betreffende de mogelijkheid voor de verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen, waardoor de premie van de voortgezette individuele hospitalisatieverzekering, berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

In dit kader heeft de onderneming de informatie ontvangen betreffende de verzekering AG Care Vision, waarmee niet enkel de leeftijd ingeval van voortzetting wordt vastgeklikt, maar eveneens de beroepsgebonden verzekering aangevuld kan worden. De onderneming neemt nota van het feit dat indien de premiebetalingen in AG Care Vision worden stopgezet, de verzekerde ook de instapleeftijd verliest.

De onderneming bevestigt de algemene en bijzondere voorwaarden te hebben ontvangen en hiervan kennis te hebben genomen. Hij bevestigt tevens dat hij elektronisch het adres van onze website heeft ontvangen, waar hij kennis heeft kunnen nemen van de gedetailleerde beschrijving van het belangenconflictenbeleid en alle informatie betreffende de afgesloten verzekeringsovereenkomst, met inbegrip van de eraan verbonden kosten en lasten.

Deze overeenkomst werd gesloten door bemiddeling van

*BNP PARIBAS FORTIS ZANDHOVEN
Liersebaan 7
2240 Zandhoven
FSMA-erkenningsnummer: 060768*

verzekeringstussenpersoon.

De algemene voorwaarden met referentie 0079-2024835N-01012025 zijn van toepassing op deze overeenkomst.

De bijzondere voorwaarden vervolledigen en verduidelijken de algemene voorwaarden. Alle kwesties waarin de bijzondere voorwaarden niet voorzien, worden geregeld overeenkomstig de algemene voorwaarden.

Opgemaakt te Brussel, op 23 april 2025.

Elke ondertekenaar verklaart de onderneming waarvoor hij optreedt op rechtsgeldige wijze te binden.



Voor **8RFIN bv**,

Voor **AG Insurance nv**,

Bestuurder

Head of Service Unit

Beroepsgebonden verzekering (Health Care)

Algemene voorwaarden
verzekering gezondheidszorgen

Supporter van jouw leven



Inhoudstafel

Artikel 1: Wat wordt verstaan onder de volgende termen?	3
Deel I: Werking van het plan gezondheidszorgen	5
Artikel 2: Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden?	5
Artikel 3: Wanneer wordt de terugbetaling van AG verricht?	5
Artikel 4: Mogen de werkgever en de aangeslotene afzien van verhaal tegen derden?	5
Artikel 5: Kan AG de nietigheid van de aansluiting inroepen?	5
Artikel 6: Welke modaliteiten zijn van toepassing op de premies?	5
Artikel 7: Wat gebeurt er indien de premies niet betaald worden?	5
Artikel 8: Wat is de looptijd van het plan gezondheidszorgen?	5
Artikel 9: Wat gebeurt er bij eventuele betwistingen?	6
Deel II: Omvang van het plan gezondheidszorgen	7
Artikel 10: Zijn er medische formaliteiten?	7
Artikel 11: Wat zijn de wachttijden?	7
Artikel 12: Wat gebeurt er bij voorafbestaande aandoeningen?	7
Artikel 13: Is er een territoriale begrenzing van de waarborg?	7
Artikel 14: Welke risico's zijn niet gedekt?	7
Artikel 15: Zijn oorlogsfeiten gedekt?	7
Artikel 16: Is oproer gedekt?	8
Deel III: Allerlei bepalingen	9
Artikel 17: Wanneer treedt het plan gezondheidszorgen in voege?	9
Artikel 18: Welke rechtbanken zijn bevoegd?	9
Artikel 19: Welke wetgeving is van toepassing?	9
Artikel 20: In welke gevallen worden extra kosten aangerekend?	9
Artikel 21: Wijziging van de premies of voorwaarden	9
Artikel 22: Communicatie met AG	9
Artikel 23: Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	10
Artikel 24: Welke instanties staan in voor de controle op de verzekeringsondernemingen en de behandeling van klachten?	11
Artikel 25: Belangenconflictenbeleid	11

Artikel 1: Wat wordt verstaan onder de volgende termen?

Alcoholisme

Overmatig alcoholgebruik dat aanleiding geeft tot lichamelijke ziekten (zoals vitaminedeficiëntie, maagslijmvliesontsteking, zenuwontsteking, leverziekten,...) zonder dat er noodzakelijkerwijze sprake is van verslaving.

Ambulante geneeskundige zorgen

De geneeskundige zorgen verstrekt of voorgeschreven door een arts zonder dat er een ziekenhuisopname is, en opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Z.I.V.).

Geneesmiddel

Elk product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt, dat met een curatief doel voorgeschreven wordt door een arts, en als dusdanig erkend en vergund in België.

Klaarblijkelijk roekeloze daad

Een vrijwillige daad of nalatigheid, waardoor degene die ze begaan heeft zonder geldige reden wordt blootgesteld aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn.

Maatschappij

AG NV, E. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel – RPR Brussel – BTW BE 0404.494.849.

Onderneming toegelaten onder het codenummer 0079, takken 1 tot 18, 21 tot 23, 26 en 27 (BS 14/7/79, 14/1/87, 20/12/88, 13/2/91, 7/5/93, 12/5/05 en 14/6/05), onder het toezicht van de Nationale Bank van België, de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel.

Ongeval

Een schielijk en abnormaal voorval dat rechtstreeks veroorzaakt is door de plotselinge werking van een uitwendige kracht, vreemd aan de wil van de aangeslotene, en dat een lichamenlijk letsel tot gevolg heeft.

Opzettelijke daad

Hiermee wordt bedoeld dat de aangeslotene vrijwillig en bewust een gedrag heeft vertoond dat schade heeft veroorzaakt die redelijkerwijze te voorzien was. Het is niet vereist dat hij de intentie had de schade teweeg te brengen zoals ze zich in werkelijkheid heeft voorgedaan.

Orthopedisch apparaat

Een apparaat bestemd om lichamenlijke afwijkingen te corrigeren.

Prothese

Elk kunstmatig middel ter vervanging of correctie van een lichaamsdeel, orgaan of onderdeel van een orgaan, bestemd om de handicap te verminderen van anatomische of functionele verliezen die het gevolg zijn van een ziekte, een traumatisch letsel of een heelkundige ingreep. Een overgeplant of geënt orgaan en een implantaat worden met een prothese gelijkgesteld.

Schadegeval

Elke gebeurtenis waarbij de waarborgen van het plan gezondheidszorgen kunnen worden aangesproken.

Verblijfkosten

Deze kost is samengesteld uit de prijs van de onderhoudsdag, het supplement aangerekend voor het verblijf in een gewone individuele kamer of in kamer met twee bedden en het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

Verpleeginstellingen

De instellingen die wettelijk zijn erkend als ziekenhuizen, waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen. Uitgesloten zijn:

- de medico-pedagogische instellingen;
- de instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- de rustoorden, ziekenhuizen of gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als “rust- en verzorgingstehuis” verkregen hebben;
- de psychiatrische verzorgingstehuizen.

Verzekeringsjaar

Het jaar dat begint op de datum van invoegetrede van het plan gezondheidszorgen en dat op elke verjaardag ervan vernieuwd wordt.

Voorafbestaande aandoeningen

De ziekten, ongevallen, zwangerschappen en bevallingen die zich hebben voorgedaan vóór de aansluitingsdatum of waarvan de oorzaak (oorzaken) vóór die datum ligt (liggen).

Vrijstelling

Het deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de aangeslotene. Het wordt bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Wachttijden

Stageperiodes die ingaan op de datum van aansluiting van de aangeslotene. De kosten voor zorgen verstrekt tijdens deze periodes worden door AG niet terugbetaald.

Wettelijke tussenkomst

Elke terugbetaling vastgelegd in:

- de Belgische sociale wetgeving van toepassing op de loontrekkenden, namelijk die betreffende de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering [Z.I.V.], de arbeidsongevallen of de ongevallen op de weg van en naar het werk, en de beroepsziekten;
- de overeenkomsten met betrekking tot de sociale zekerheid van de loontrekkenden die bindend zijn voor België en bepaalde andere landen.

Ziekenhuisopname

Het verblijf in een ziekenhuis voor zover dit ziekenhuis ten minste één overnachting in rekening heeft gebracht of wanneer er voor de uitgevoerde medische behandeling een wettelijke tegemoetkoming werd verleend op basis van het mini forfait, het maxi forfait, dagziekenhuisforfait, forfait chronische pijn of een ander hiermee gelijkgesteld forfait (One day clinic), met uitzondering van het gipskamerforfait.

Ziekte

Elke niet door een ongeval veroorzaakte aantasting van de gezondheid van de aangeslotene, met objectieve symptomen, erkend door een arts die de wettelijke toelating heeft om zijn kunde te beoefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.

Deel I: Werking van het plan gezondheidszorgen

Artikel 2: Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden?

AG moet door middel van de hiertoe bestemde online communicatiemiddelen of formulieren in kennis worden gesteld van het schadegeval. De aangeslotene of de werkgever moet de aangifte binnen dertig dagen na het voorval indienen. AG behoudt zich het recht voor zijn tussenkomst te weigeren of te beperken indien de aangifte buiten die termijn is gedaan.

AG zal van dat recht geen gebruik maken indien de aangifte zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk gedaan is, rekening houdend met de omstandigheden.

Op ieder ogenblik mag AG de juistheid van de aangiften en van de antwoorden op zijn aanvragen tot inlichtingen nagaan.

Artikel 3: Wanneer wordt de terugbetaling van AG verricht?

AG betaalt de verschuldigde bedragen uit ten laatste binnen 30 dagen na het indienen van de bewijsstukken voor zover AG over een volledig dossier beschikt en er geen enkele betwisting meer bestaat omtrent de dekking van het schadegeval en het bedrag van de verschuldigde verzekeringsprestatie.

AG kan alle aanvullende documenten opvragen die noodzakelijk zijn.

De bewijsstukken moeten in het bezit zijn van AG binnen het jaar, te rekenen vanaf de datum van de geneeskundige verstrekking. AG behoudt zich het recht voor om de waarborg te weigeren of te beperken als die termijn niet in acht wordt genomen.

Artikel 4: Mogen de werkgever en de aangeslotene afzien van verhaal tegen derden?

De werkgever en de aangeslotene mogen zonder schriftelijke toestemming van AG geheel noch gedeeltelijk afzien van verhaal tegen derden die aansprakelijk zijn voor een ziekte of een ongeval.

Door het feit zelf dat de terugbetaling door AG verschuldigd is, of reeds verricht is, treedt deze laatste in de plaats van de werkgever of de aangeslotene op om verhaal uit te oefenen tegen de aansprakelijke derden en/of tegen elke persoon die krachtens art. 29bis van de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen gebonden is tussen te komen.

Artikel 5: Kan AG de nietigheid van de aansluiting invoeren?

AG kan de nietigheid van de aansluiting niet invoeren wegens een onjuiste of onvolledige verklaring, behalve in geval van opzettelijke verzwijging of onjuist meedelen van gegevens.

Artikel 6: Welke modaliteiten zijn van toepassing op de premies?

Op elke vervalddag stort de werkgever aan AG de premies voor het geheel van de aangeslotenen, verhoogd met de huidige en toekomstige kosten en belastingen. Deze storting gebeurt op basis van een borderel dat wordt opgemaakt door AG.

De premies zijn voor elke aangeslotene betaalbaar vanaf de eerste dag van de maand van de aansluiting tot de laatste dag van de maand waarin zijn aansluiting wordt beëindigd.

De overige modaliteiten zijn vastgelegd in de bijzondere voorwaarden.

Artikel 7: Wat gebeurt er indien de premies niet betaald worden?

Indien de premies niet worden betaald, stuurt AG een aangetekende brief waarin de werkgever wordt gewezen op de gevolgen van de niet-betaling. Vijftien dagen na de verzending van die brief, wordt de waarborg van rechtswege geschorst.

De waarborg wordt opnieuw van kracht om 24 uur op de dag na de volledige betaling, aan AG, van de onbetaalde premies. Tijdens de hierboven bedoelde schorsingsperiode behoudt AG zich het recht voor het plan gezondheidszorgen op te zeggen.

Artikel 8: Wat is de looptijd van het plan gezondheidszorgen?

Het plan gezondheidszorgen wordt gesloten voor de duur van één jaar, te rekenen vanaf de aanvangsdatum.

Op het einde van elk verzekeringsjaar wordt het plan stilzwijgend hernieuwd voor de duur van één jaar, behalve bij opzegging door één van de partijen, per aangetekende brief die minstens drie maanden vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt verzonden.

Artikel 9: Wat gebeurt er bij eventuele betwistingen?

Eventuele betwistingen van een door AG meegedeelde beslissing moeten hem binnen 30 dagen na de mededeling schriftelijk worden bevestigd.

Na verloop van die termijn wordt de beslissing als aanvaard beschouwd.

Betwistingen van medische aard worden voorgelegd aan de behandelende arts van de aangeslotene enerzijds en aan de adviserende arts van AG anderzijds.

Indien beide artsen het niet eens zijn, wijzen ze in gemeen overleg een derde arts aan.

Bij gebrek aan overeenstemming over deze aanduiding, zal de derde arts op verzoek van de meest gerede partij worden aangewezen door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Brussel.

De beslissing van de derde arts wordt uitgevoerd, behoudens bij de rechtbank ingesteld verhaal.

Elke partij draagt de kosten en erelonen van haar arts. De kosten van de aanwijzing en de erelonen van de derde arts worden door beide partijen, elk voor de helft, gedragen.

Deel II: Omvang van het plan gezondheidszorgen

Artikel 10: Zijn er medische formaliteiten?

AG heeft inzake het plan gezondheidszorgen een acceptatiebeleid uitgewerkt, dat medische formaliteiten voorschrijft. Het formulier "aansluitingsaanvraag", ondertekend en voor elke kandidaat-aangeslotene behoorlijk ingevuld, wordt door AG onderzocht. Conform zijn medisch acceptatiebeleid kan AG de aansluiting weigeren of uitstellen, een bijpremie aanrekenen en bepaalde aandoeningen uitsluiten.

De uitsluitingen van medische aard worden per brief aan de kandidaat-aangeslotene meegedeeld. Om te worden aangesloten, dient deze laatste een voor akkoord ondertekende kopie ervan aan AG terug te sturen.

Het bedrag van de bijpremies wordt per brief aan de schuldenaar van de premie meegedeeld en een kopie wordt aan de kandidaat-aangeslotene gezonden, wanneer deze laatste de betaling van de premies niet volledig ten laste neemt. Deze brief moet niet worden teruggestuurd naar AG, die de bijpremies automatisch toepast.

Voor pasgeborenen wordt geen enkele medische formaliteit vereist, voor zover alle gezinsleden minstens 3 maanden zijn aangesloten.

Het medisch acceptatiebeleid kan steeds worden herzien en wordt op aanvraag aan de werkgever ter kennis gebracht.

Artikel 11: Wat zijn de wachttijden?

De algemene wachttijd bedraagt DRIE MAANDEN.

De wachttijd vervalt voor:

- a) ongevallen;
- b) de volgende acute infectieziekten: bof, buiktyfus en paratyfus, cerebrospinale meningitis, cholera, difterie, dysenterie, kinkhoest, mazelen, paludisme, pokken, poliomyelitis, recurrenente koorts, roodvonk, rubella, vlektyfus, waterpokken;
- c) de ziekten van pasgeborenen, voor zover alle gezinsleden reeds ten minste 3 maanden zijn aangesloten.

Artikel 12: Wat gebeurt er bij voorafbestaande aandoeningen?

De voorafbestaande aandoeningen zijn van de waarborg uitgesloten. De waarborg wordt evenwel verleend indien de aangeslotene in het jaar volgend op de aansluitingsdatum geen enkele geneeskundige behandeling heeft ondergaan in verband met de voorafbestaande aandoening.

Artikel 13: Is er een territoriale begrenzing van de waarborg?

De waarborg wordt verleend over de hele wereld.

Artikel 14: Welke risico's zijn niet gedekt?

De niet-gedekte risico's houden verband met een zware fout.

Deze risico's zijn die welke:

- het gevolg zijn van een opzettelijke daad van de aangeslotene, of van een klaarblijkelijk roekeloze daad door de aangeslotene, behalve in geval van redding van personen of goederen;
- het gevolg zijn van de vrijwillige deelneming van de aangeslotene aan een misdaad of een wanbedrijf;
- rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg zijn van alcoholisme, toxicomanie of misbruik van geneesmiddelen;
- zich voordoen terwijl de aangeslotene in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie is, of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs.

De gevolgen van deze feiten zijn ook uitgesloten van de waarborg.

Artikel 15: Zijn oorlogsfeiten gedekt?

Ziekten of ongevallen die veroorzaakt zijn door oorlogsfeiten of door burgeroorlog zijn van de waarborg uitgesloten.

Artikel 16: Is oproer gedekt?

Ziekten of ongevallen veroorzaakt door oproer of burgerlijke ongeregelheden, of politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld waarvoor de aangeslotene actief deelnam, zijn van de waarborg uitgesloten.

De waarborg wordt evenwel verleend indien:

- ofwel de aangeslotene zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- ofwel de aangeslotene is opgetreden met het oog op de redding van personen of goederen.

De waarborg wordt verleend indien de ziekte of het ongeval veroorzaakt werd door terrorisme volgens de bepalingen van de wet van 3 mei 2024 betreffende de schadeloosstelling van slachtoffers van een daad van terrorisme en betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme.

Deel III: Allerlei bepalingen

Artikel 17: Wanneer treedt het plan gezondheidszorgen in voege?

Het plan gezondheidszorgen treedt in voege zodra AG beschikt over de voor de aansluiting noodzakelijke inlichtingen en ten vroegste op de datum die in de bijzondere voorwaarden is vastgesteld.

Artikel 18: Welke rechtbanken zijn bevoegd?

Enkel de Belgische rechtbanken zijn bevoegd.

Artikel 19: Welke wetgeving is 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.

Artikel 20: In welke gevallen worden extra kosten aangerekend?

Indien bijzondere administratieve uitgaven worden veroorzaakt door toedoen van de werkgever of van de aangeslotene, behoudt AG zich het recht voor extra kosten aan te rekenen.

Artikel 21: Wijziging van de premies of voorwaarden

De algemene voorwaarden kunnen door AG gewijzigd worden voor zover de wijziging geen betrekking heeft op een wezenlijk element van haar verplichtingen. Een nieuw exemplaar van de algemene voorwaarden zal dan aan de verzekeringnemer overhandigd worden, samen met een mededeling waarin het toepassingsgebied van de nieuwe bepalingen wordt omschreven.

In geval van substantiële wijzigingen in de sociale zekerheid, het sociaal recht of een andere wetgeving met gevolgen voor de omvang van de verzekerde prestaties, bij een verhoging van de reële kostprijs van de verzekerde prestaties, kan AG de verzekeringsvoorwaarden en het bedrag van de premies wijzigen.

In dat geval worden de overeenkomst en/of de premies aangepast op het einde van het lopende verzekeringsjaar. De wijziging wordt aan de werkgever gemeld via een schrijven dat minstens 4 maand vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt verstuurd. De werkgever heeft het recht de overeenkomst op te zeggen uiterlijk 3 maanden voor deze jaarvervaldag. De overeenkomst eindigt dan op de vervaldag.

De werkgever kan op het einde van elk verzekeringsjaar de voorwaarden van de verzekering wijzigen. Hiertoe dient hij AG minstens 4 maand vóór het einde van het verzekeringsjaar schriftelijk op de hoogte te brengen. Bij elke wijziging maakt AG een genummerd bijvoegsel aan de bijzondere voorwaarden op. De werkgever bezorgt een kopie daarvan aan elk aangesloten personeelslid.

Artikel 22: Communicatie met AG

Om geldig te zijn moeten de mededelingen en kennisgevingen die voor AG bestemd zijn, gericht worden aan haar zetel in België, aan het in het contract aangeduide adres of aan het later door AG meegedeelde adres.

Voor elektronische aanvragen kan gebruik gemaakt worden van het specifieke elektronisch adres dat werd meegedeeld.

Mededelingen en kennisgevingen van AG aan de werkgever zijn geldig indien ze gericht worden aan het in het contract aangeduid adres of aan ieder ander adres, eventueel elektronisch, dat later zou zijn meegedeeld.

Mededelingen en kennisgevingen van AG aan de aangeslotene zijn geldig indien ze gericht worden aan het adres, eventueel elektronisch, meegedeeld door de werkgever of, in voorkomend geval, door de aangeslotene zelf.

Elke communicatie tussen de werkgever of aangeslotene en AG kan gebeuren in één van de landstalen, ongeacht de taal waarin de verzekeringsovereenkomst is opgesteld.

Artikel 23: Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

AG en de werkgever hechten een bijzonder belang aan de bescherming van persoonsgegevens en verwerken deze zorgvuldig conform de bepalingen van de toepasselijke privacywetgeving, de privacyverklaring van AG [beschikbaar op www.aginsurance.be] en/of het toepasselijke privacybeleid van de werkgever.

23.1 Verwerkingsdoeleinden

De werkgever heeft aan zijn medewerkers een beroepsgebonden ziekteverzekering toegekend. Hiertoe heeft de werkgever een verzekering afgesloten met AG en heeft hij met het oog op de uitvoering ervan persoonsgegevens meegedeeld aan AG. Zowel de werkgever als AG zijn verantwoordelijke voor de verwerking.

De verkregen persoonsgegevens kunnen door AG en/of de werkgever worden verwerkt voor de volgende doeleinden:

- het beheer van de beroepsgebonden ziekteverzekering op basis van de uitvoering van het contract;
- het voldoen aan wettelijke en reglementaire verplichtingen zoals fiscale verplichtingen of het voorkomen van het witwassen van geld en dit op grond van een wettelijke bepaling;
- het beheer van het personenbestand voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst;
- de opmaak van statistieken, de detectie en preventie van misbruiken en fraude, het samenstellen van bewijzen, de beveiliging van goederen, personen, informaticanetwerken en -systemen van AG, de optimalisatie van de processen [bijvoorbeeld inzake de evaluatie en acceptatie van een risico], en dit op grond van het gerechtvaardigd belang van AG;
- de adviesverlening bijvoorbeeld over de opties bij pensionering op grond van het gerechtvaardigd belang van AG, tenzij de betrokkene zich hiertegen verzet;
- prospectie op grond van het gerechtvaardigd belang van AG, tenzij de betrokkene zich hiertegen verzet.

Voor het vervullen van deze doeleinden kan AG ook persoonsgegevens ontvangen van de betrokkene zelf of van derden.

In voorkomend geval kunnen deze verwerkingsdoeleinden gebaseerd zijn op de toestemming van de betrokkene.

23.2 Categorieën van verwerkte persoonsgegevens en mogelijke ontvangers

Volgende categorieën van persoonsgegevens kunnen worden verwerkt door AG: identificatie- en contactgegevens, financiële gegevens, persoonlijke kenmerken, gegevens betreffende de gezondheid, beroep en betrekking, leefgewoonten, samenstelling van het gezin, risicosituaties en risicogedragingen, gerechtelijke gegevens.

Deze persoonsgegevens kunnen, indien dit noodzakelijk is voor de voornoemde doeleinden en in overeenstemming met de privacywetgeving, door AG worden meegedeeld aan andere tussenkomende verzekeringsmaatschappijen, hun vertegenwoordigers in België, hun contactpunten in het buitenland, de betrokken herverzekeringsmaatschappijen, een expert, een advocaat, een technisch adviseur, een verzekeringstussenpersoon of een verwerker. Bovendien kunnen de gegevens worden meegedeeld aan om het even welke persoon of instantie in het kader van een wettelijke verplichting of een administratieve of rechterlijke beslissing of indien er een gerechtvaardigd belang bestaat.

Het is mogelijk dat AG de persoonsgegevens buiten de Europese Economische Ruimte [EER] overdraagt, naar een land dat, desgevallend, niet een passend beschermingsniveau voor persoonsgegevens kan garanderen. In deze gevallen beschermt AG echter de gegevens door de IT-beveiliging te vergroten en door contractueel een verhoogd beveiligingsniveau te eisen van zijn internationale tegenpartijen.

23.3 Gegevens betreffende de gezondheid

Wanneer in het kader van de beschrijving van het risico of de behandeling van een schadegeval de betrokkene gegevens betreffende zijn/haar gezondheid toevertrouwt aan AG, waakt AG er over dat deze gezondheidsgegevens voor de bepaalde doeleinden worden verwerkt met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene. Op elk ogenblik kan betrokkene zijn/haar toestemming voor de verwerking van persoonsgegevens inzake zijn/haar gezondheid intrekken. In dat geval erkent hij/zij dat AG geen gevolg kan geven aan zijn/haar aanvraag tot tussenkomst en/of de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

23.4 Rechten van de betrokkene

Binnen de grenzen van de wet:

- heeft de betrokkene het recht om kennis te nemen van zijn/haar gegevens, om ze, in voorkomend geval, te laten corrigeren of om ze te laten overdragen aan derden;
- heeft de betrokkene het recht zich te verzetten tegen de verwerking van zijn/haar gegevens, het recht om de verwerking van zijn/haar gegevens te laten beperken, alsook het recht om zijn/haar gegevens te laten verwijderen. In die gevallen is het mogelijk dat AG de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

Hiertoe kan de betrokkene een gedateerde en ondertekende aanvraag richten aan de Data Protection Officer ("DPO") van AG of zich wenden tot zijn werkgever via de gebruikelijke kanalen van de werkgever.

De Data Protection Officer van AG kan worden bereikt op volgende adressen:

Per post: AG – Data Protection Officer
Emile Jacqmainlaan 53,
1000 Brussel

Of per e-mail: AG_DPO@aginsurance.be

Klachten kunnen worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.

Meer informatie over hoe AG persoonsgegevens beschermt en over hoe de betrokkene zijn/haar rechten kan uitoefenen, is terug te vinden in de Privacyverklaring van AG op www.aginsurance.be.

Artikel 24: Welke instanties staan in voor de controle op de verzekeringsondernemingen en de behandeling van klachten?

Er zijn twee controleautoriteiten met elk hun specifieke bevoegdheden: de FSMA (Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten) en de NBB (Nationale Bank België).

Onverminderd het verhaal in rechte kan elke klacht met betrekking tot het plan schriftelijk gericht worden aan:

AG NV
Dienst klachtenbeheer
Emile Jacqmainlaan 53
1000 Brussel
Tel: +32(0)2 664 02 00
E-mail: customercomplaints@aginsurance.be

Indien de oplossing die de verzekeringsmaatschappij voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan:

Ombudsman van de Verzekeringen
De Meeûsplantsoen 35
1000 Brussel
E-mail: info@ombudsman-insurance.be

Artikel 25: Belangenconflictenbeleid

AG streeft ernaar om belangenconflicten in al haar verzekerings- en distributieactiviteiten te voorkomen. Het beleid inzake belangenconflicten kan geraadpleegd worden op de website www.aginsurance.be



Overeenkomst voor het gebruik van AG EB Online

Aangezien AG onlinediensten verleent aan de Klant in het kader van de verzekeringscontracten die de Klant bij AG heeft onderschreven, dat de Klant gebruik wil maken van deze onlinediensten, dat AG wenst en bereid is deze diensten te verlenen overeenkomstig de hieronder bepaalde voorwaarden,

komen de Partijen het volgende overeen:

1. Algemeen

1-1 De onlinediensten worden aangeboden in het kader van de groepsverzekeringsovereenkomsten en de collectieve verzekeringsovereenkomsten die de Klant heeft onderschreven bij AG, Emile Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel.

2. Toepassing van deze overeenkomst

2-1 Deze overeenkomst heeft betrekking op de gegevensuitwisseling via de beveiligde website AG EB Online. De bepaling 5-9 is ook van toepassing in geval van gegevensuitwisseling via andere communicatiekanalen.

2-2 Deze beveiligde website is toegankelijk via het internetadres <https://ebonline.agemployeeforbenefits.be>.

3. Toegangsmiddelen tot de diensten

3-1 De diensten zijn toegankelijk met behulp van een authenticatie-app. Dit is een beveiligingstool die gebruikmaakt van tweefactorauthenticatie (2FA) wat twee vormen van identificatie vereist voor registratie tot de onlinediensten. Na registratie is inloggen mogelijk via de app of via sms.

3-2 In geval van problemen dient de Klant contact op te nemen met de AG EB Online Helpdesk.

4. Omvang van de diensten

4-1 De Klant, de eventuele Tussenpersonen en AG kunnen informatie en documenten uitwisselen betreffende het beheer van de verzekeringscontracten die tussen de Klant en AG zijn afgesloten.

4-2 De website AG EB Online levert onder meer de volgende diensten:

- Beheer van aangeslotenen: consultatie, aansluiting, wijziging van de gegevens nodig voor het beheer van de aangeslotenen of vertrek van een aangeslotene. Consultatie van de status van de doorgestuurde transacties (enkel voor de plannen Classical Life en Healthcare). Beveiligde bestandsuitwisseling bij de salarisherziening. De volgende diensten zijn enkel beschikbaar voor de plannen e-volulife en Pension@work: simulatie en keuze van de verzekerde waarborgen.
- Consultatie van contracten: toegang tot de groepsverzekeringsreglementen (pdf-formaat).
- Consultatie van financiële informatie: premieborderellen, betalingsopdrachten en facturen, RSZ-documenten, overzicht van de betalingsstatus, enz.
- Consultatie van de contactpersonen bij AG en de Tussenpersoon.
- Beheer van de gebruikers: een geheel van taken voor het beheer van de gebruikers en toegangsrechten.

5. Verantwoordelijkheden van de Klant

- 5-1 De Klant en AG erkennen dat elke identificatie volgens de bepalingen in punt 'Toegangsmiddelen tot de diensten' uitgaat van de Klant zelf en het bewijs vormt van de identiteit van de Klant en van zijn instemming met de inhoud van de uitgevoerde aanpassingen of operaties.
- 5-2 De Klant zal een personeelslid aanstellen dat toeziet op de goede naleving van deze overeenkomst door de Klant en 'maximale rechten' krijgt. De Klant zal de gegevens van deze persoon meedelen aan AG via deze overeenkomst. Dit personeelslid is de enige gebruiker die formeel door AG wordt erkend en beheerd voor de Klant. Daarom moet de Klant elke wijziging in verantwoordelijkheden of bevoegdheden van deze gebruiker schriftelijk melden aan AG, zodat de nodige aanpassingen kunnen worden gedaan. Binnen AG EB Online wordt naar deze gebruiker verwezen als de 'Supergebruiker'.
Onder 'maximale rechten' wordt begrepen: de volledige toegang tot de aangeboden functionaliteiten zoals aangegeven in 4-2 en dit voor alle verzekeringscontracten die op AG EB Online worden gepubliceerd.
- 5-3 Dit personeelslid [de Supergebruiker] heeft de exclusieve bevoegdheid de andere gebruikers te creëren, te beheren en indien nodig te verwijderen als gebruiker.
- 5-4 De Klant is verantwoordelijk voor het beheer van de door hem of op zijn verzoek gecreëerde gebruikers anders dan de Supergebruiker. Dit veronderstelt een adequaat beheer door de Klant van de toegangsrechten van alle gebruikers die de Klant vertegenwoordigen: voor gebruikers die nieuwe verantwoordelijkheden krijgen, dienen de toegangsrechten te worden aangepast. Gebruikers die niet langer actief zijn of de onderneming verlaten, moeten door de Klant worden verwijderd. Als deze procedures niet worden nageleefd, vallen de verrichtingen die eventueel nog werden uitgevoerd door de niet meer geautoriseerde betrokkenen, onder de verantwoordelijkheid van de Klant.
- 5-5 De Klant zorgt voor een aangepaste en adequate infrastructuur voor het gebruik van de onlinediensten bij de Klant (zie 8-3). De Klant installeert een virusbescherming, firewall en bescherming tegen spyware. De Klant doet eveneens alle nodige inspanningen om zijn infrastructuur up-to-date te houden en aan te passen aan de evolutie van de standaarden op de markt.
- 5-6 De Klant ziet erop toe dat de gebruikers de op hen toepasselijke interne gedragscodes voor het gebruik van hardware, software, bestanden, e-mail en internet toepassen.
- 5-7 Als de Klant een onregelmatigheid in de schermen of processen van de onlinediensten ontdekt, dan zal hij AG daarvan op de hoogte brengen. AG zal vervolgens alles in het werk stellen wat redelijkerwijze mogelijk is om de fout op te lossen. Indien er sprake is van een defect met impact op de gebruiker of de beveiliging zal AG alle betrokken klanten verwittigen. De Klant moet AG inlichten over elke aanpassing of operatie die zonder zijn instemming werd uitgevoerd, alsook van elke fout of onregelmatigheid die hij in het beheer van de diensten vaststelt, en dit zodra hij ervan op de hoogte is. Bovendien bevestigt hij deze elementen schriftelijk aan de AG EB Online Helpdesk.
- 5-8 De Klant en AG verbinden zich ertoe de onlinediensten te gebruiken in overeenstemming met de toepasselijke privacywetgeving. AG is de verwerkingsverantwoordelijke voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van de onlinediensten van AG EB Online.
- 5-9 Wanneer de Klant en AG mededeling hebben verkregen van sociale gegevens van persoonlijke aard, mogen zij daarover slechts beschikken gedurende de tijd nodig voor de toepassing van de wet op de aanvullende pensioenen [wet van 28 april 2003 betreffende de aanvullende pensioenen en het belastingstelsel van die pensioenen en van sommige aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid] en zijn ze ertoe gehouden maatregelen te treffen om het vertrouwelijke karakter van de gegevens te verzekeren en om ervoor te zorgen dat ze uitsluitend worden aangewend voor de doeleinden vastgelegd door of krachtens deze wet of voor het vervullen van hun wettelijke verplichtingen [wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid].
- 5-10 De Klant verbindt zich ertoe de gebruikers van de onlinediensten in te lichten over hun verplichtingen en verantwoordelijkheden beschreven in deze overeenkomst.
- 5-11 De toegangsmiddelen zijn bestemd voor exclusief gebruik door de Klant.
- 5-12 Zodra de Klant op de hoogte is van het verlies, de diefstal of elk daarmee vergelijkbaar risico van misbruik van de toegangsmiddelen, meldt hij de feiten zo spoedig mogelijk en tijdens de kantooruren aan zijn beheerder bij AG. Bovendien bevestigt hij deze feiten schriftelijk of digitaal aan de AG EB Online Helpdesk. Indien de Supergebruiker niet de mogelijkheid heeft de toegang te blokkeren d.m.v. de verkregen toegangsmiddelen, is het mogelijk een tussenkomst te vragen aan AG.

6. Tussenpersonen

- 6-1 Als Tussenpersoon beschouwt AG elke door de 'Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten' (FSMA) officieel erkende verzekeringstussenpersoon die door zijn Klant gemandateerd is.
- 6-2 Als de Tussenpersoon toegang heeft tot AG EB Online, kan hij toegang verkrijgen tot de gegevens van de klant. Daartoe moet hij zijn klant het schriftelijk mandaat 'Mandaat inzake de gegevensuitwisseling' laten ondertekenen.
- 6-3 De Klant heeft de keuze tussen twee types van mandaten: het mandaat dat aan de Tussenpersoon enkel toegangsrechten geeft om gegevens te consulteren, en het mandaat dat aan de Tussenpersoon toegangsrechten geeft om gegevens te consulteren en te wijzigen, wat de Tussenpersoon toelaat verrichtingen in naam van de Klant uit te voeren.
- 6-4 AG zorgt ervoor dat de online relatie tussen de Tussenpersoon en de Klant een weerspiegeling is van de werkelijke situatie. Hierbij kunnen de verleende toegangsrechten voor de Tussenpersoon voor een bepaalde Klant nooit ruimer zijn dan de rechten zoals door AG gekend op grond van het aan AG overgemaakt schriftelijk mandaat van deze Klant.
- 6-5 De Klant kan via AG EB Online consulteren welke Tussenpersoon welke toegang heeft tot zijn gegevens en kan op elk moment een aanpassing van de toegangsrechten vragen aan de AG EB Online Helpdesk.

7. Actualisering en nieuwe dienstverlening

- 7-1 AG streeft ernaar de kwaliteit van de diensten te verbeteren (actualisering) en de omvang van het dienstenpakket zoals dat is beschreven in clausule 4, uit te breiden om in te spelen op de behoeften van de Klant, de marktomstandigheden en de nieuwe mogelijkheden.
- 7-2 Actualisering en uitbreidingen zoals beschreven in clausule 7-1 zijn beschikbaar voor de Klant.
- 7-3 Alleen AG beslist over de doelgroep, omvang en planning van de nieuwe diensten of de verbetering van bestaande diensten.

8. Niveaus van dienstverlening

- 8-1 AG besteedt de beste zorg aan de uitwerking van de programma's en software voor de toegang tot de diensten. Het streeft naar een continuïteit van de diensten. Het mag de diensten echter zonder schadeloosstelling onderbreken om de bestaande apparatuur of software te onderhouden of om nieuwe versies van de software te installeren, op voorwaarde dat de onderbreking niet langer duurt dan strikt noodzakelijk en dat AG de Klant op voorhand digitaal op de hoogte heeft gesteld van dergelijke onderbreking, inclusief de redelijkerwijze te verwachten duur van de onderbreking.
- 8-2 De in clausule 4-2 beschreven diensten zijn minstens 95 % van de tijd beschikbaar. Het betreft hier een beschikbaarheid op maandbasis tijdens welke de dienst effectief functioneert van 7 tot 22 uur.
- 8-3 AG garandeert dat AG EB Online werkt op een computer waarop een gangbare webbrowsers (zoals Microsoft Internet) en de applicatie Adobe Acrobat Reader zijn geïnstalleerd. De schermen zijn geoptimaliseerd voor een resolutie van 1024x768 pixels. Deze specificaties kunnen veranderen volgens de technologische evolutie van de marktstandaarden.
- 8-4 AG zal alles in het werk stellen om elke fout of onregelmatigheid in het beheer van zijn onlinediensten te vermijden. In geen geval kan AG aansprakelijk worden gehouden voor eender welke directe of indirecte schade die het gevolg is van de slechte werking van het materiaal van de Klant, de telecommunicatiediensten of een onderbreking van de diensten onafhankelijk van zijn wil of die het gevolg zijn van een schuldig verzuim van de Klant.
- 8-5 **Defects.** AG garandeert dat de onlinediensten operationeel zijn onder de voorwaarden die vermeld zijn in deze overeenkomst. Er wordt nauwgezet toegezien op de kwaliteit van de nieuwe versies en vooraleer een versie verspreid wordt, ondergaat deze een reeks testen. De Klant aanvaardt evenwel dat de onlinediensten foutjes ('defects') kunnen vertonen en stemt ermee in dat de aanwezigheid van dergelijke 'defects' in de toepassing geen reden zijn voor het verbreken van de overeenkomst, op voorwaarde dat de impact van een 'defect' niet van die aard is dat de Klant geen normaal en volledig gebruik kan maken van de onlinediensten en met garantie van de correcte verwerking en volstrekt vertrouwelijke behandeling van de ingevoerde gegevens. AG garandeert bovendien dat de 'defects' - van zodra zij zijn ontdekt - zo snel mogelijk zullen worden opgelost en houdt de Klant op de hoogte van de vooruitgang van het herstel.
- 8-6 **Virus.** AG garandeert niet dat de onlinediensten virusvrij zijn, maar doet alle mogelijke inspanningen om de applicatie na te zien op de aanwezigheid van de meest voorkomende en nieuwe virussen. Als er virussen opduiken die de werking van de applicatie aantasten, garandeert AG dat de werking wordt hersteld binnen een redelijke termijn. De Klant en AG zijn echter elk verantwoordelijk voor de gevolgen van virussen die opduiken in hun eigen systemen. Ongeacht het systeem waarin een virus is ontstaan, informeert AG de Klant onmiddellijk wanneer het vaststelt dat de onlinediensten worden aangetast door een virus. Indien het risico bestaat dat de onlinediensten worden aangetast door een virus, neemt het onmiddellijk alle nodige maatregelen om (potentiële) schade te vermijden. De Partijen werken samen om de impact van het virus zoveel mogelijk te beperken.
- 8-7 AG registreert de gegevens van de operaties die in het kader van de diensten worden uitgevoerd.
- 8-8 In geval van betwisting door de Klant in verband met een operatie waartoe opdracht gegeven werd in het kader van de diensten en zonder afbreuk te doen aan een bewijs van het tegendeel van de Klant, komen de Klant en AG overeen dat de afdruk van de geregistreerde gegevens het bewijs vormt van de aanvraag van de operatie door de Klant, op voorwaarde dat AG het bewijs overlegt dat de operatie werd uitgevoerd nadat alle stappen ter identificatie van de Klant werden doorlopen.

9. Prijs

- 9-1 Het gebruik van de onlinediensten is gratis.
- 9-2 Elke gebruiker bij de Klant ontvangt van AG een persoonlijke toegang en de noodzakelijke middelen die nodig zijn voor een beveiligde verbinding, en mag dit niet delen met een andere gebruiker.
- 9-3 Communicatiekosten, kosten van uitrusting en van de internetaansluiting zijn voor rekening van de Klant en zijn bijgevolg uitgesloten van deze overeenkomst.

10. Duur en einde

- 10-1 De overeenkomst is van onbepaalde duur, met dien verstande dat de toegang voor de Klant tot de onlinediensten onderworpen is aan het bestaan van minstens 1 (een) contract bij AG, bij gebreke waarvan deze overeenkomst automatisch wordt stopgezet en de toegang tot de onlinediensten wordt beëindigd.
- 10-2 Beide Partijen kunnen zonder opzegtermijn en met onmiddellijke uitwerking deze overeenkomst stopzetten in geval van misbruik, bedrog of grove tekortkomingen ten opzichte van de verplichtingen voortvloeiend uit deze overeenkomst. In dat geval moet de opzegging worden bevestigd via een aangetekende brief met ontvangstbewijs gericht aan de andere Partij, met vermelding van de redenen voor de onmiddellijke opzegging.

11. Toepasselijk recht

- 11-1 Het Belgische recht is op de overeenkomst van toepassing. Elk eventueel geschil behoort tot de exclusieve bevoegdheid van de Belgische rechtbanken.

12. Online Helpdesk

- 12-1 Voor ondersteuning bij het gebruik van de onlinediensten kunnen de gebruikers terecht bij de AG EB Online Helpdesk.
- 12-2 De AG EB Online Helpdesk is binnen de normale kantooruren bereikbaar per telefoon [+32(0)2 664 86 00], of e-mail [ebonline.employeebenefits@aginsurance.be]. Het postadres is AG, AG EB Online Helpdesk, Emile Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel.

13. Intellectuele eigendom

- 13-1 AG behoudt het geheel van de intellectuele eigendomsrechten op de onlinediensten die ter beschikking gesteld worden van de Klant. Die intellectuele eigendomsrechten hebben zowel betrekking op de inhoud van de onlinediensten als op de auteursrechten die daaraan zijn verbonden.
- 13-2 De inhoud van de onlinediensten moet beschouwd worden als het geheel van alle informatie, publicaties en gegevens waaruit deze diensten zijn opgebouwd. Elke overdracht, verkoop, verspreiding of reproductie van deze gegevens, op gelijk welke manier en onder gelijk welke vorm, is verboden.
- 13-3 De onlinediensten die ter beschikking worden gesteld door AG aan de Klant zijn het resultaat van de creatieve activiteit van AG. Die diensten werden immers geformaliseerd op een originele manier. Zij worden als dusdanig beschermd door het auteursrecht.