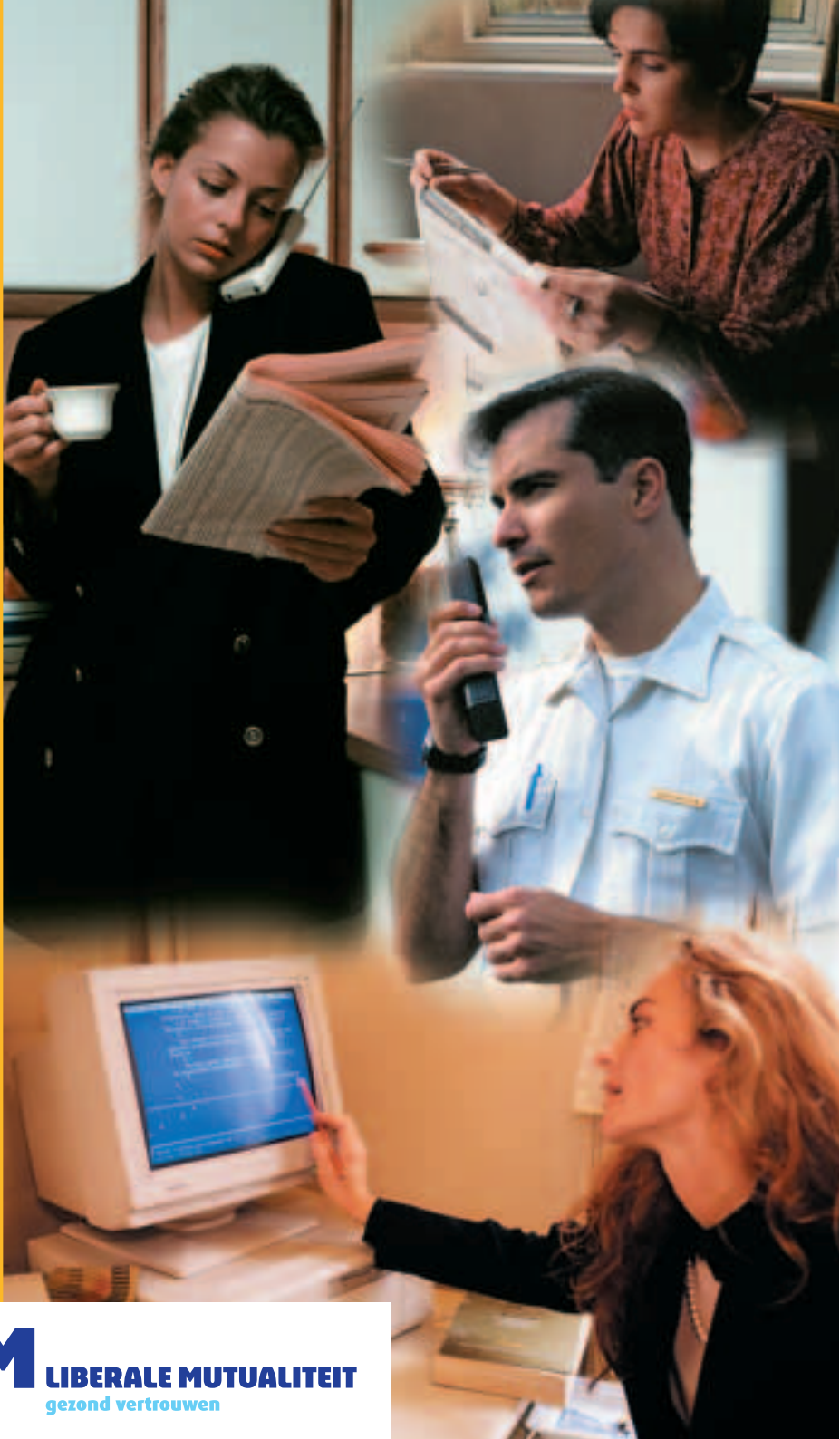


# GIDS voor schoolverlaters en werknemers/zelfstandigen



**LIBERALE MUTUALITEIT**  
gezond vertrouwen

## Inhoudsopgave

Wat is de ziekteverzekering eigenlijk? . . . . .	4
Wat moet je doen om in orde te zijn voor de ziekteverzekering? . . . . .	5
Eerst en vooral: je statuut aanvragen van werknemer, werkzoekende of zelfstandige . . . . .	5
Je laten inschrijven bij een ziekenfonds . . . . .	6
Bijzondere gevallen . . . . .	7
Residenten en studenten . . . . .	7
Zelfstandige in bijberoep . . . . .	8
Middenstandsleerlingen . . . . .	8
Wanneer ben je verzekerd? . . . . .	8
Hoe zit dat nu precies met die bijdragen? . . . . .	9
Hoe bewijs je je aansluiting? . . . . .	10
De verzekering voor geneeskundige verzorging . . . . .	11
Waarop heb je recht via de verzekering voor geneeskundige verzorging? . . . . .	11
Bijzonderheden . . . . .	13
Zelfstandigen . . . . .	13
Meewerkende echtgeno(o)t(e) van een zelfstandige . . . . .	13
De verhoogde verzekeringstegemoetkoming . . . . .	13
De derdebetalersregeling . . . . .	15
Chronisch zieken . . . . .	15
Het globaal medisch dossier . . . . .	15
De maximumfactuur . . . . .	16
Persoonlijk aandeel bij hospitalisatie . . . . .	17
De uitkeringsverzekering . . . . .	18
Uitkeringen wegens primaire arbeidsongeschiktheid . . . . .	19
Je bent arbeider . . . . .	19
Je bent bediende . . . . .	20
Je bent zelfstandige . . . . .	21
Je bent werkloze . . . . .	21
Mag je werken als je arbeidsongeschikt bent? . . . . .	22
Invaliditeitsuitkeringen . . . . .	22
Je bent werknemer (arbeider of bediende) . . . . .	22
Je bent zelfstandige . . . . .	22
De moederschapsuitkering . . . . .	23
Je bent werkneemster of werkloze . . . . .	23
Je bent zelfstandige . . . . .	24
Het vaderschapsverlof . . . . .	24
Het adoptieverlof . . . . .	25
Je bent werknemer of werkloze . . . . .	25
Je bent zelfstandige . . . . .	25
Borstvoedingspauzes . . . . .	25
De werkverwijdering . . . . .	25
De uitkering voor begrafenkosten . . . . .	25
De Vlaamse zorgverzekering . . . . .	26
Wat met de vrije en de aanvullende verzekering? . . . . .	27
De vrije verzekering . . . . .	28
De aanvullende verzekering . . . . .	28
Het voorhuwelijksparen . . . . .	28
De hospitalisatieverzekering . . . . .	28
Aparte gevallen: arbeidsongevallen en beroepsziekten . . . . .	29
Arbidsongevallen . . . . .	29
Beroepsziekten . . . . .	31



Je bent pas afgestudeerd en je wil zo snel mogelijk aan de slag! Soms vind je meteen werk, soms moet je een tijdje wachten of misschien wil je nog wel eerst een periode naar het buitenland...

Kortom, er kunnen zich verschillende situaties voordoen. In elk geval moet je ervoor zorgen dat je in regel bent met de ziekteverzekering. 'Wat moet ik daarmee, ik ben toch nooit ziek?' kan je je afvragen. Toch maar doen: het kan je achteraf heel wat narigheid besparen!

*Lees deze brochure rustig door: ze wil je de weg wijzen in de wereld van de ziekteverzekering...*

# Wat is de ziekteverzekering eigenlijk?



Eerst even een woordje uitleg over de ziekteverzekering. De ziekteverzekering biedt ieder van ons een degelijke gezondheidszorg aan tegen een zo betaalbaar mogelijke prijs.

Ze omvat eigenlijk twee verschillende zaken:

- Enerzijds een **verzekering voor geneeskundige verzorging**, die het grootste deel van de kosten dekt voor bvb. artsenbezoeken, opnames in het ziekenhuis en geneesmiddelen.
- Anderzijds een **uitkeringsverzekering** die je een vervangingsinkomen bezorgt als je arbeidsongeschikt bent.

De ziekteverzekering maakt deel uit van de **sociale zekerheid**, naast ondermeer de pensioenen, de kinderbijslagen en de werkloosheidsuitkeringen.

Om alles gesmeerd te laten verlopen, zijn er heel wat regeltjes nodig... die iedereen uiteraard moet naleven.

# Wat moet je doen om in orde te zijn voor de ziekteverzekering?



Als je afgestudeerd bent, wil je graag op eigen benen staan. Er zijn twee zaken die je zo snel mogelijk moet doen om je rechten op de sociale zekerheid te vrijwaren: je statuut aanvragen en je inschrijven bij een ziekenfonds.

## Erst en vooral: je statuut aanvragen van werknemer, werkzoekende of zelfstandige

Je statuut aanvragen betekent eigenlijk dat je aan het ziekenfonds laat weten dat je voortaan niet meer ten laste valt van je ouders, grootouders of voogd. Er kunnen zich verschillende situaties voordoen:

Als je bij de gelukkigen bent en meteen werk vindt na het beëindigen van je studies, **vraag je aan je werkgever een bewijs dat je werkt**. Dit document is bestemd voor je ziekenfonds. Hiermee kan je je laten inschrijven als gerechtigde. Je werkgever deelt alle andere administratieve gegevens over je aanwerving via elektronische weg mee aan de RSZ (Rijksdienst voor Sociale Zekerheid).



Als je nog geen werk hebt en niet van plan bent om je te vestigen als zelfstandige, moet je **je bij de VDAB (of bij de BGDA als je in Brussel woont) inschrijven als werkzoekende**. Daar krijg je een attest van begin-werkloosheid: dat moet je bezorgen aan je ziekenfonds om je te laten inschrijven als gerechtigde.

Als je je als zelfstandige vestigt (in hoofd- en in bijberoep), kan je voor alle formaliteiten terecht bij een **ondernemingsloket**. Het ondernemingsloket brengt je in contact met het **sociaal verzekeringsfonds** van je keuze.

- Bij een **sociaal verzekeringsfonds** moet je binnen de 90 dagen na aanvang van je beroepsbezigheid aansluiten.
- Adressen van de ondernemingsloketten vind je op de volgende website:  
[http://mineco.fgov.be/enterprises/home\\_nl.htm](http://mineco.fgov.be/enterprises/home_nl.htm)

Over de verschillende statuten en je rechten en verplichtingen op de arbeidsmarkt bestaat een handige brochure: 'Je lanceerboekje', uitgegeven door Crejaksie en door de Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België. Je kan deze bekomen bij je ziekenfonds of bij: Crejaksie, Livornostraat 25, 1050 Brussel - 02/537.79.18

## Je laten inschrijven bij een ziekenfonds

Het document dat je krijgt van je werkgever, de VDAB of de BGDA, naargelang van jouw situatie, vormt het bewijs van je statuut. Hiermee moet je **je laten inschrijven bij een ziekenfonds van jouw keuze**. Vanaf dan ben je zelf gerechtigde.

Als je zelfstandige bent, stuurt je sociaal verzekeringsfonds een bericht van begin activiteit naar het ziekenfonds via elektronische weg.

De Liberale Mutualiteiten heten je van harte welkom! Ze hebben kantoren over het hele land.

**Wanneer moet je je laten inschrijven?** Zo snel mogelijk! Van zodra je je nieuwe statuut hebt voor de sociale zekerheid, val je immers niet meer ten laste van je ouders, grootouders of voogd. Indien er zich geen uitzonderlijke situaties voordoen, behoud je in dat geval de rechten die je had als persoon ten laste. Het ziekenfonds schrijft je in als gerechtigde.

**Wat als je personen ten laste hebt?** Geen probleem: die zijn automatisch meeverzekerd voor geneeskundige verzorging.

Wie kan je als persoon ten laste hebben? De kinderen in het gezin, tot de leeftijd van 25 jaar, zelfs als ze niet op jouw adres wonen, je echtgenoot/echtgenote of je levenspartner. Ook je ouders of grootouders kunnen persoon ten laste zijn indien ze zelf geen gerechtigde zijn, met jou samenwonen en over geen of slechts beperkte inkomsten beschikken.

In welke hoedanigheid moet je je inschrijven? De verplichte ziekteverzekering kent twee regelingen: de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen.

- **De algemene regeling:** hierin kom je automatisch terecht als je je inschrijft als werknemer. Wanneer je werkzoekend bent of uitkeringsgerechtigd werkloos, word je voor de ziekteverzekering gelijkgesteld met een werknemer en krijg je dus recht op uitkeringen ingeval van arbeidsongeschiktheid en op terugbetaling van alle medische en paramedische zorgen die door de verplichte ziekteverzekering gedekt worden.
- **De regeling voor zelfstandigen.** Als beginnende zelfstandige heb je voor de geneeskundige verzorging, net zoals de loontrekkenden, recht op de terugbetaling van de kleine en grote risico's. De uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ligt wel lager. Meer hierover vind je op blz. 13.

## Bijzondere gevallen

Op de zonet vermelde situaties bestaan uiteraard een aantal uitzonderingen. We vernoemen hier enkel de belangrijkste. Voor verdere informatie kan je altijd terecht bij je ziekenfonds.

### Residenten en studenten

Er zijn **situaties waarbij je weliswaar niet werkt, maar toch niet meer als persoon ten laste wordt beschouwd**. In dat geval moet je je dus inschrijven als titularis:

Indien je 25 jaar wordt en hoger dagonderwijs volgt, moet je je laten inschrijven als **kosteloos resident**. Je inkomsten en deze van je eventuele personen ten laste mogen op jaarbasis niet hoger liggen dan € 13.512,18 + € 2.501,47 per persoon ten laste. Verdien je meer, dan dien je je als **student** in te schrijven en betaal je een driemaandelijks bijdrage van € 49,88/kwartaal.

**OPGELET:** Het maakt verschil uit of je ouders (of je grootouders of voogd) loontrekkenden of zelfstandigen waren:

- Waren ze zelfstandigen, dan gaat je inschrijving als resident of student in **op de eerste dag van het kwartaal volgend op het kwartaal waarin je 25 jaar geworden bent**.
- Waren ze loontrekkenden of gelijkgestelden, dan gaat je inschrijving als resident of student pas in **vanaf de eerste dag van het tweede jaar volgend op het jaar waarin je 25 bent geworden**.



Indien je studeert en jonger bent dan 25 jaar: wanneer je een tijdelijke job verricht, waarvoor je in 2007 minstens € 5.035,64 verdient, moet je je inschrijven als **loontrekkende**. Ben je jonger dan 21 jaar, dan ligt deze grens op € 3.776,73.

**OPGELET:** Het is niet altijd meteen duidelijk of en in welke hoedanigheid je je moet inschrijven. Vaak zijn er zelfs meerdere 'recepten' ter beschikking. In geval van twijfel helpt je ziekenfonds je uit te zoeken welk statuut op jou van toepassing is.

Indien je je niet kan laten inschrijven als werknemer of als zelfstandige, dan kan je je laten verzekeren als **resident**. Dit is bvb. het geval wanneer je geen loontrekkende of zelfstandige meer bent of wanneer je onvoldoende periodes van tewerkstelling, ziekte of gecontroleerde werkloosheid kan bewijzen.

In dit geval moet je een maandelijks bijdrage betalen om in regel te blijven. Hoe hoog die bijdrage is, hangt af van je inkomsten. In sommige gevallen kan je daarvan vrijgesteld worden:

- wanneer je inkomsten lager liggen dan € 13.512,18/jaar + € 2.501,47 voor je partner en per persoon ten laste.
- wanneer je recht hebt op het leefloon.

### Zelfstandige in bijberoep

Indien je **werknemer** bent, maar daarnaast nog **zelfstandig** een **bijberoep uitoefent**, dan resorteer je voor alle risico's onder de algemene regeling.

**OPGELET:** Als je als student een zelfstandige activiteit uitoefent, heb je geen recht meer op het statuut van student en moet je je wel laten inschrijven in de minder gunstigere regeling van zelfstandigen.

### Middenstandsl leerlingen

Als je middenstands- en/of industriële leerling bent, ben je onderworpen aan de sociale zekerheid vanaf 1 januari van het jaar waarin je 19 wordt.

**OPGELET:** Vergeet niet om je binnen de zeven maanden na het einde van je leertijd te laten inschrijven als werknemer of zelfstandige.

## Wanneer ben je verzekerd?

**Vanaf wanneer ben je verzekerd?** Vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin je aansluiting uitwerking heeft (dus eventueel met terugwerkende kracht).



**Hoe lang blijf je verzekerd?** Als je verzekerd bent, blijf je dat in principe tot 31 december van het jaar nadien.

Daarna kan je verzekeraarheid telkens met een kalenderjaar worden verlengd.

**PRINCIPE:** je recht op terugbetaling wordt telkens met een kalenderjaar verlengd, indien je je hoedanigheid behoudt en tijdens het refertejaar (jaar van recht – 2) bijdragen hebt betaald of ervan vrijgesteld bent.

Als je in de loop van het jaar gerechtigde geworden bent, dan hoeft je enkel bijdragen te betalen voor de kwartalen in kwestie: in dat geval lopen je rechten verder in het tweede jaar dat erop volgt.

Het ziet er allemaal ingewikkeld uit. Een voorbeeld dus! Na een welverdiende vakantie start je als loontrekkende op 1/8/2007.

- Je bent dus gerechtigde vanaf **1/7/2007 tot 31/12/2008**.
- Voor de verlenging van het recht in **2009** dient het startjaar 2007 in orde te zijn. Het te bereiken bedrag in 2007 waarop RSZ-bijdragen dienden ingehouden te worden, bedraagt € 5.035,64. Doordat de hoedanigheid van gerechtigde pas uitwerking heeft vanaf 1/7/2007, hoeft je slechts de helft van dit bedrag te bereiken. Ligt het loonbedrag lager, dan worden er te weinig bijdragen ingehouden. In dat geval moet je een aanvullende bijdrage betalen die 10,85 % bedraagt van het verschil.
- Ben je jonger dan 21 jaar, dan moeten je bijdragen slechts € 3.776,73 bereiken.
- Indien je minder-valide bent en in een beschutte werkplaats werkt, bedraagt de minimum-waarde € 1.993,06 als je 21 jaar of ouder bent en € 1.606,35 als je 19 of 20 jaar bent.
- Voor de **daaropvolgende jaarverlengingen** dien je gewerkt te hebben in het vierde kwartaal van het refertejaar of in het jaar daaropvolgend en voor het refertejaar in orde te zijn met je bijdragen.

## Hoe zit dat nu precies met die bijdragen?

Aangezien de ziekteverzekering voor het grootste gedeelte gefinancierd wordt door de sociale bijdragen, betaal je daar in principe voor vanaf het ogenblik dat je werkt.

**Indien je werknemer** bent in de privé-sector, bij de overheid of bij het onderwijs, houdt je werkgever de bijdragen voor de sociale zekerheid (13,07%) af van je brutoloon. Hij stort de bijdragen rechtstreeks door aan de *Rijksdienst voor Sociale Zekerheid* (RSZ) of de *Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsbesturen* (RSZPPO). Die delen aan je ziekenfonds mee dat je in regel bent.

- In de zeldzame gevallen waarin het niet mogelijk is om de gegevens elektronisch door te sturen, ontvang je een papieren **bijdragebon**, die je dan binnen de maand zelf bij je ziekenfonds moet afleveren.



- Wanneer er **onvoldoende bijdragen** zijn betaald (bvb. in sommige gevallen als je deeltijds gewerkt hebt), moet je wel een aanvullende bijdrage betalen

Indien je **uitkeringsgerechtigd werkloze** bent, word je gelijkgesteld met een werknemer en hoef je geen bijdragen te betalen.

Indien je **zelfstandige** bent, betaal je zelf je sociale bijdragen aan je sociale verzekeringskas in functie van je inkomsten.

**OPGELET:** Als lid moet je ook een bijdrage betalen voor het Bijzonder Reservefonds. Omdat er vaak grote tekorten zijn in de ziekteverzekering, heeft de wetgever de ziekenfondsen verplicht om een deel daarvan terug te storten. Om te vermijden dat de leden daarvoor een te hoog bedrag zouden moeten betalen, werd het Bijzonder Reservefonds opgericht als spaarpotje.

Voor 2007 bedraagt de bijdrage die je als lid moet betalen, € 3 in de algemene regeling en € 2 als je zelfstandige bent.

## Hoe bewijs je je aansluiting?

Je aansluiting bewijs je met je **SIS-kaart** – een afkorting die staat voor *Sociaal Informatie Systeem*. De SIS-kaart die je van je ziekenfonds krijgt, heeft de vorm van een bankkaart en vermeldt in een geheugenchip o.m. je persoonlijk recht op terugbetaling van medische zorgen.

Je hebt je SIS-kaart o.m. nodig bij de apotheker (voor terugbetaalbare geneesmiddelen), in het ziekenhuis, bij je ziekenfonds en op je werkplaats (controle zwartwerk). Ze is geldig voor een periode van tien jaar. Vanaf de leeftijd van 15 jaar dien je ze steeds bij jou te hebben.

In sommige gevallen levert het ziekenfonds een papieren attest van sociaal verzekerde af dat dezelfde gegevens bevat als de SIS-kaart.

Als je een nieuwe SIS-kaart aanvraagt, bvb. wegens verlies van de vorige, zal het ziekenfonds je, voor de periode dat de kaart wordt aangemaakt, tijdelijk een verklaring van sociaal verzekerde bezorgen. Hierop staan alle gegevens van de SIS-kaart zelf vermeld.

**OPGELET:** Deel wijzigingen in je gezins- of arbeidssituatie zo snel mogelijk mee aan je ziekenfonds. Zo kunnen de gegevens op je SIS-kaart zonnodig onmiddellijk worden aangepast.



# De verzekering voor geneeskundige verzorging

## Waarop heb je recht via de verzekering voor geneeskundige verzorging?

De ziekteverzekering betaalt de meeste (maar niet alle!) zorgen terug. Hoe gaat dit nu precies in zijn werk?

Voor verzorging buiten het ziekenhuis betaal je rechtstreeks het bedrag aan de verstrekker. Dit is ook het geval indien je naar een specialist gaat in het ziekenhuis, zonder hospitalisatie of daghospitalisatie. De verstrekker geeft je **een getuigschrift voor verstrekte hulp**. Met dit formulier, voorzien van een **kleefbriefje**, bied je je aan bij je ziekenfonds voor terugbetaling.

Bij een hospitalisatie of een daghospitalisatie en voor geneesmiddelen worden alle kosten die je niet zelf moet dragen, rechtstreeks door het ziekenfonds betaald via de **derde betalingsregeling** (zie blz. 15). Vandaar dat je in het ziekenhuis of bij de apotheker steeds je SIS-kaart moet voorleggen.



### OPGELET:

- Het ziekenfonds betaalt je niet het volledige bedrag van het honorarium terug. Het verschil tussen het honorarium en het bedrag dat je terugkrijgt, is het **persoonlijk aandeel** of het **remgeld**.
- Heel wat ziekenfondsen bieden je de mogelijkheid om het geld meteen over te schrijven op je **zichtrekening**: dat is veiliger.
- Hoewel de ziekenfondsen samen met de verstrekkers de **honoraria en de terugbetalingsbarema's** vastleggen, mag de verstrekker soms een **supplement** vragen. Dit mag o.m. in de volgende gevallen:
  - indien je arts, tandarts, kinesist, ... niet toegetreden is tot het akkoord of de overeenkomst met de ziekenfondsen,
  - als je als patiënt bijzondere eisen stelt,
  - op afspraak bij de dokter buiten de normale uren,
  - bij een verblijf in het ziekenhuis indien je een éénpersoonskamer hebt gekozen zonder dat dit medisch noodzakelijk was.
- Voor het gebruik van **endoscopisch en viscerosynthesemateriaal** en voor bepaalde onderzoeken moet je soms ook een persoonlijk aandeel betalen.

### Voor geneesmiddelen:

- verschilt de terugbetaling door het ziekenfonds naargelang van de **therapeutische klasse**. Die vind je terug op de verpakking: voor de levensnoodzakelijke geneesmiddelen (categorie A) bedraagt de terugbetaling in principe 100%, voor de medisch nuttige geneesmiddelen (categorie B), 75% (remgeld in functie van de verpakking), voor de andere terugbetaalbare geneesmiddelen (categorieën C, Cs en Cx), 50%. Voor de exacte prijzen kan je terecht bij je ziekenfonds.
  - betaal je voor de niet-terugbetaalde geneesmiddelen alles zelf.
  - betaal je in het ziekenhuis forfaitair € 0,62 per dag.
  - betaal je meer als de dokter je een **specialiteit** voorschrijft **waarvoor ook een goedkoper generisch alternatief voorhanden is**. De prijs van zo'n generisch geneesmiddel moet minstens 30% lager liggen dan die van het origineel. Om de artsen en de patiënten aan te moedigen om goedkope middelen te nemen, betaalt het ziekenfonds slechts terug in functie van dit generisch geneesmiddel. Dit noemt men de referentierugbetaling. Het remgeld verschilt eveneens per categorie B- of C-geneesmiddelen en kan oplopen tot resp. € 15,90 en € 23,90.
  - betaal je voor sommige geneesmiddelen meer als je een grote verpakking neemt.
  - Als je vrouw bent en niet ouder dan 20, krijg je bepaalde **voorbehoedsmiddelen** (maar niet allemaal!) gratis. De apotheker kijkt na of je in aanmerking komt op voorlegging van je SIS-kaart.
- In uitzonderlijke gevallen betaal je toch de volledige prijs bij de apotheker. Je ontvangt dan wel een formulier waarmee je bij je ziekenfonds een tegemoetkoming kan vragen. Dit is o.a. het geval als je als zelfstandige enkel verzekerd bent voor grote risico's en voor middelen waarvoor geen doktersvoorschrift nodig is (bvb. de morning-after pil).



**Bij een hospitalisatie** moet het ziekenhuis je vooraf een opnameverklaring laten ondertekenen. Daarin staan de bedragen vermeld die je zult moeten betalen; indien je zelf niet in staat bent om ze te tekenen, wordt dit gevraagd aan je wettelijke vertegenwoordiger. Je dient hierop aan te duiden of je al dan niet tegen verbintenistarief wenst te worden verzorgd en welke soort van kamer je wenst. Verder rekent het ziekenhuis ook de niet-medische kosten aan, zoals telefoon, maaltijden, drank en TV, met telkens 21% BTW.

Contacteer je ziekenfonds of kijk op onze website voor meer informatie over de terugbetalingen.

## Bijzonderheden

### Zelfstandigen

Er is momenteel een belangrijke verbetering aan de gang van de regeling voor zelfstandigen. Sinds juli 2006 heb je als beginnende zelfstandige – kosteloos – recht op kleine risico's. Vroeger was je daar niet verplicht voor verzekerd en kon je een kleine risicoverzekering afsluiten bij je ziekenfonds. Voor zelfstandigen die al vóór juli 2006 bezig zijn, is dat trouwens nog steeds het geval. Vanaf 1 januari 2008 zijn alle zelfstandigen verplicht verzekerd voor de kleine risico's, maar moeten ze daar wel een bijdrage voor betalen bij hun sociale verzekeringskas. Het bedrag daarvan ligt momenteel nog niet vast.

**OPGELET:** Als je **minder-valide of invalide zelfstandige** bent, heb je **automatisch recht op de kleine risico's** zonder dat je een extra bijdrage hoeft te betalen. Dit geldt ook voor je personen ten laste.

- Dit is het geval als je een verhoogde kinderbijslag geniet wegens handicap of als je erkend bent als persoon met een handicap of als je invalide bent (erkenning door het RIZIV).
- Indien je ten laste valt van een ouder of echtgeno(o)t(e) (niet de samenwonende partner!) die zelfstandige is en persoon met een handicap of invalide, blijf je na diens overlijden verder verzekerd voor de kleine risico's. Als weduwe/weduwnaar moet je er echter wel een bijdrage voor betalen, als je volle wees bent, ben je daarvan vrijgesteld.

### Meewerkende echtgeno(o)t(e) van een zelfstandige

Als je echtgeno(o)t(e) zelfstandige is en je helpt hem of haar mee, zonder dat je zelf een activiteit hebt als loontrekkende of zelfstandige, moet je je zelf ook aansluiten bij een sociaal verzekeringsfonds en bijdragen betalen. Je krijgt dan eigen rechten op geneeskundige verzorging en uitkeringen.

### De verhoogde verzekeringstegemoetkoming

In sommige gevallen betaalt het ziekenfonds de kosten voor verzorging terug aan 100% (hoewel je ook dan nog in de praktijk een aantal kosten zelf ten laste moet nemen). Hiervoor bestaan twee toegangspoorten: het RVV- en het OMNIO-statuut.



## 1. Via het RVV-statuut

Het RVV-statuut of de voorkeursregeling staat voor '**Rechthebbende op de Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming**'.

**In de algemene regeling** kom je in aanmerking:

- ofwel automatisch wanneer je het leefloon ontvangt of steun van het OCMW gedurende drie maanden of wanneer je als gehandicapte een inkomensvervangende of een integratietegemoetkoming geniet.
- ofwel na inkomstencontrole als je weduwe bent, weduwnaar, volle wees, invalide, een verhoogde kinderbijslag geniet wegens een handicap of als je gehandicapte bent zonder uitkering. Je gezinsinkomsten op jaarbasis mogen ook niet hoger liggen dan € 13.512,18 (+ € 2.501,47 voor je eventuele partner en per persoon ten laste).

Indien je **zelfstandige** bent en tevens erkend als gehandicapte, heb je **automatisch recht op de kleine risico's** en dit zonder bijdragebetaling. Je kan in dat geval het RVV-statuut bekomen, voor zowel de grote als de kleine risico's:

- automatisch op basis van het genot van een uitkering als gehandicapte, het leefloon of OCMW-steun (na drie maanden uitkering).
- na controle van de gezinsinkomsten als je invalide bent, gehandicapte zonder tegemoetkoming en bij kinderen met verhoogde kinderbijslag wegens handicap.

Als je **zelfstandige** bent, geen starter, niet gehandicapt, en geen vrije verzekering hebt, heb je normaal geen recht op terugbetaling van de kleine risico's. In sommige gevallen kan je ook dan het **RVV-statuut genieten voor sommige kleine risico's**:

- Wanneer? Als je weduwe, weduwnaar of wees van een zelfstandige bent en over beperkte inkomsten beschikt.
- Voor een beperkt aantal prestaties, zoals geneesmiddelen, gewone geneeskundige hulp, kinesithérapie, bepaalde onderzoeken en behandelingen en tandheelkunde.
- Op voorwaarde dat ze gepaard gaan met prestaties voor grote risico's, bvb. in het kader van een hospitalisatie.

## 2. Via het OMNIO-statuut

Het OMNIO-statuut biedt in principe dezelfde voordelen als het RVV-statuut, maar het wordt toegekend als je niet in aanmerking komt voor het RVV-statuut, maar je je toch in een moeilijke financiële situatie bevindt.

- Wanneer? Als je werknemer, werkloze of zelfstandige bent en je brutogezinsinkomen in 2006 lager lag dan € 13.312,80, verhoogd met € 2.464,56 per gezinslid.
- Je dient het statuut zelf bij je ziekenfonds aan te vragen. De loketbediende zal je vragen een 'verklaring op eer' in te vullen. Vergeet niet de nodige bewijsstukken mee te brengen, zoals inkomensfiches.
- Opgelet: als je het OMNIO-statuut hebt aangevraagd zonder dat je er eigenlijk recht op hebt, moet je, bovenop een mogelijke administratieve geldboete, alles wat je van het ziekenfonds ten onrechte hebt ontvangen, terugbetalen.



## De derdebetalersregeling

De derdebetalersregeling betekent dat je zelf niet eerst het volledige bedrag van de prestatie moet voorschieten, maar enkel het gedeelte dat niet ten laste wordt genomen door je ziekenfonds.

Dit is het geval bij de apotheker en bij hospitalisatie (ook bij daghospitaal). De apotheker en het ziekenhuis factureren de rest rechtstreeks aan je ziekenfonds.

Binnenkort wordt de derdebetalersregeling onder bepaalde voorwaarden waarschijnlijk ook mogelijk bij de huisarts.

**OPGELET:** Hoewel het ziekenfonds de meeste kosten betaalt, kan je soms bij hospitalisatie nog aanzienlijke supplementen moeten opleggen. Dit is het geval voor de geneesmiddelen, de hotelkosten en voor de honorariumsupplementen die de arts mag aanrekenen wanneer je een andere dan een gemeenschappelijke kamer verkiest zonder dat dit om medische redenen noodzakelijk is. Raadpleeg bij twijfel je ziekenfonds!

## Chronisch zieken

We wensen het je zeker niet toe, maar als je chronisch ziek bent, kun je van een aantal voordelen genieten.

**Wanneer word je als chronisch zieke beschouwd? Indien je in het lopende of het voorgaande kalenderjaar voldoet aan bepaalde voorwaarden** (o.m. als je als minder-valide erkend bent of als je in de loop van de voorbije twaalf maanden gedurende minstens vier maanden in aanmerking komt voor een forfait B of C in het kader van thuiszorg). Daarnaast moet je ook voor elk van beide kalenderjaren minstens € 450 aan remgelden ten laste genomen hebben (€ 365 voor RVV-ers).

**Welke voordelen?** Je kan een – jaarlijks indexeerbaar – zorgforfait krijgen van € 257,79 per jaar. Als je incontinentiemateriaal nodig hebt, krijg je daarnaast nog een incontinentieforfait van € 423,60 per jaar.

Je ziekenfonds zal je vertellen of je al dan niet aan de voorwaarden voldoet.

## Het globaal medisch dossier

Je kan aan je huisarts vragen om een **globaal medisch dossier** op te maken. Hierin worden al je medische gegevens bijgehouden. Dit bedrag wordt volledig terugbetaald door je ziekenfonds.

**Wat is hier nu het voordeel van?** Om te beginnen, geniet je van een **vermindering van het remgeld** met 30 % voor raadplegingen bij je huisarts. En verder kan de communicatie tussen je huisarts, de specialist, de kinesist enz. hierdoor aanzienlijk verbeteren: zo kan je overbodige onderzoeken en behandelingen vermijden.



### De maximumfactuur

De maximumfactuur (kortweg: MAF) is een systeem dat ervoor zorgt dat de medische kosten voor een persoon of een gezin niet te hoog oplopen. Er bestaat een sociale en een inkomens-MAF.

### De sociale MAF

Met de sociale MAF betaalt het ziekenfonds je *onder bepaalde voorwaarden* het volledige remgeld terug vanaf het ogenblik dat je voor je gezin € 450 aan remgeld ten laste genomen hebt, en dit gedurende het resterende gedeelte van het kalenderjaar.

Wanneer kom je hiervoor in aanmerking? Alleen als jijzelf of een van je gezinsleden aan één van de volgende voorwaarden voldoet:

- als je het RVV-statuut of het OMNIO-statuut geniet,
- als je gedurende minstens zes maanden werkloos bent (alleenstaande of met gezinslast),
- als je een erkenning als mindervalide bezit: in dat geval mag je geen integratietegemoetkoming, categorie 3 tot 5, krijgen en geen invaliditeitsuitkering en mag je partner geen inkomsten hebben,
- als je recht hebt op een verhoogde kinderbijslag wegens handicap,
- als je al minstens drie maanden (of zes maanden gespreid over een periode van een jaar) het leefloon of OCMW-steun geniet.

Opgelet: de sociale MAF geldt enkel voor het gezinslid dat recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, zijn partner en zijn personen ten laste, maar niet voor de anderen die op hetzelfde adres wonen.

### De inkomens-MAF

Met de inkomens-MAF betaalt het ziekenfonds je het volledige remgeld terug vanaf het ogenblik dat je voor je gezin een bepaald bedrag aan remgelden ten laste genomen hebt, en dit gedurende het resterende gedeelte van het kalenderjaar. Hoeveel dat bedrag bedraagt, hangt af van je inkomen: hoe meer je verdient, hoe meer remgeld je zal moeten ophoesten voordat de ziekteverzekering alles ten laste neemt!

#### Gezinsinkomen

Tussen € 0 en € 15.144,56

Tussen € 15.144,57 en € 23.281,93

Tussen € 23.281,94 en € 31.419,32

Tussen € 31.419,33 en € 39.217,63

Vanaf € 39.217,64

#### Remgeldplafond

€ 450

€ 650

€ 1.000

€ 1.400

€ 1.800

#### **OPGELET:**

- de ziekteverzekering betaalt wel de meeste, maar niet alle remgelden terug. Ereloonsupplementen in het ziekenhuis vallen hier bvb. niet onder.
- deel altijd de juiste gegevens mee aan je ziekenfonds. Op het verstrekken van foute informatie om in aanmerking te komen voor de MAF staat een geldboete van € 90 tot € 370!



- als je remgelden reeds terugbetaald worden door een andere regeling (bvb. de verplichte of de aanvullende verzekering), tellen ze niet mee voor de MAF!
- het gaat hier telkens om je **gezinsinkomen**: de inkomsten dus van jou, je partner en van al wie eventueel nog deel uitmaakt van het gezin.
- **er wordt gekeken naar het inkomen van drie jaar geleden**: voor 2007 zal dus gekeken worden naar je gezinsinkomen van 2004. Vermits je als schoolverlater voor dat jaar waarschijnlijk geen of toch geen hoge inkomsten zult gehad hebben, zal je dus in de laagste inkomenscategorie vallen. Indien je drie jaar geleden 16 jaar of ouder was, zal het ziekenfonds je vragen een 'Verklaring op eer' te ondertekenen.
- In behartenswaardige gevallen, als iemand van het gezin bvb. werkloos wordt, of als je na je werkloosheid aan de slag gaat, maar je nog steeds een laag inkomen hebt, kan je aan je ziekenfonds vragen je recht op de MAF opnieuw te onderzoeken

**Indien je kinderen hebt**, komen die, ongeacht je inkomsten, individueel in aanmerking voor de MAF vanaf het ogenblik dat je er in de loop van het jaar daadwerkelijk € 650 aan remgelden voor hebt betaald en dit tot hun 19de verjaardag. Voor gehandicapte kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag treedt de MAF in werking vanaf een totaal aan persoonlijke aandelen vanaf € 450.

**Moet je dat nu allemaal zelf uitrekenen?** Nee, als je je getuigschriften van verzorging aan je ziekenfonds bezorgd hebt, weet dit laatste meteen wanneer je het grensbedrag bereikt.

### Persoonlijk aandeel bij hospitalisatie

Hoewel de ziekteverzekering het belangrijkste deel van de kosten betaalt, kan het ziekenhuis je nog een aantal kosten aanrekenen: in bepaalde gevallen mag de dokter een supplement aanrekenen, de hotelkosten, de kosten voor geneesmiddelen enz.

Wanneer je in een ziekenhuis wordt opgenomen, kan je een **voorschot** worden gevraagd tot € 150 indien je in een gemeenschappelijke kamer verblijft. Voor je personen ten laste en voor jezelf indien je het RVV-statuut hebt, is dit voorschot beperkt tot € 75. Wil je in een één- of tweepersoonskamer liggen, zonder dat dit medisch noodzakelijk is, dan mag dit voorschot maximum gelijk zijn aan het supplement voor zeven dagen.

Het eventueel teveel betaalde krijg je achteraf terug.

Als je recht hebt op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of als je minstens 12 maanden werkloos bent, kom je in aanmerking voor een **verminderd persoonlijk aandeel** als je wordt opgenomen in een algemeen of een psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of vakherscholingscentrum.

### Een goede raad:

- zelfs als je gezond bent, is het nuttig om bij je ziekenfonds een hospitalisatieverzekering te nemen. Of misschien heb je er wel een via je werkgever...
- In geval van twijfel kan je je rekening laten nakijken bij je ziekenfonds.

# De uitkeringsverzekering



De uitkeringsverzekering biedt je een vervangingsinkomen indien je om medische redenen niet in staat bent om te werken of niet beschikbaar bent voor de arbeidsmarkt. De ziekteverzekering heeft verschillende soorten van uitkeringen: primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit, moederschap, vaderschap, adoptie, borstvoedingspauzes, werkverwijdering en begrafenis.

\* In uitzonderlijke situaties (bvb. wanneer je je studies stopzet in de loop van het schooljaar) hoef je een wachttijd te vervullen. Dat is een periode van zes maanden waarin je niet verzekerd bent. Bij twijfel informeer je best bij je ziekenfonds.

\* Niet alle perioden van arbeidsongeschiktheid of invaliteit worden vergoed door het ziekenfonds: dit is het geval wanneer ze gedekt zijn door een andere uitkering (vb. arbeidsongeval, beroepsziekte enz.) Je krijgt ook geen uitkering voor de dagen die gedekt zijn door het vakantiegeld van je werkgever (of van de vakantiekas).

Op alle uitkeringen, behalve de invaliditeitsuitkering en de overlijdensvergoeding, wordt bedrijfsvoorheffing ingehouden.

\* De vermelde bedragen zijn de bedragen van toepassing op 1/4/2007.

## Uitkeringen wegens primaire arbeidsongeschiktheid

Wanneer kom je in aanmerking? Als je arbeidsongeschikt bent wegens ziekte of ongeval (anders dan arbeidsongeval en beroepsziekte). **De situatie verschilt naargelang je arbeider, bediende, zelfstandige of werkloze bent.**



**OPGELET:** Je moet je arbeidsongeschiktheid melden bij de adviserend geneesheer van je ziekenfonds binnen een bepaalde termijn (zie verder). Indien je dit niet tijdig doet, verlies je 10 % van je daguitkering.

### Je bent arbeider

De eerste 14 dagen betaalt de werkgever je het **gewaarborgd loon**:

- de eerste zeven dagen: het normaal loon min de bedrijfsvoorheffing. Indien je minder dan veertien dagen arbeidsongeschikt bent, wordt de eerste dag, de carensdag, niet mee betaald.
- van de achtste tot de veertiende dag: 85,88% van het normaal loon min de bedrijfsvoorheffing.

Van de vijftiende tot de dertigste dag ontvang je een **gemengde betaling**:

- de ziekteverzekering betaalt een uitkering van 60% van het gederfde loon (met een maximum van € 66,39 per dag) min de bedrijfsvoorheffing. Als je samenwonende bent, bedraagt ze maximum € 60,86 per dag.
- je werkgever betaalt:
  - een aanvulling van 25,88% van het loon beneden de loongrens van € 132,78 (in de vijf-dagenweek) of beneden € 110,66 (in de zesdagenweek)
  - een aanvulling van 85,88% van het gedeelte daarboven
  - min de bedrijfsvoorheffing.

Vanaf de 31ste dag tot het einde van de zesde maand betaalt je ziekenfonds een **uitkering wegens arbeidsongeschiktheid**:

**OPGELET:** voor de berekening van het bedrag van de uitkering maakt het verschil uit of je samenwonend bent, alleenstaande of dat je personen ten laste hebt.

- Je wordt als **samenwonende** beschouwd indien je onder hetzelfde dak woont met een persoon die over een bruto-inkomen beschikt dat hoger ligt dan € 743,75 per maand (als het enkel gaat om een vervangingsinkomen) of hoger dan € 1.283,91 per maand (voor een inkomen uit arbeid en/of een vervangingsinkomen). Bedrag van de uitkering: 55% van het gederfde loon, tot maximum € 60,86 per dag (zesdagenweek) min de bedrijfsvoorheffing.
- Je wordt als **alleenstaande** beschouwd indien je alleen woont of uitsluitend samenwoont met personen die geen inkomen genieten en niet beschouwd worden als persoon ten laste. Je mag dan zelf ook geen recht openen met gezinslast omdat je onderhoudsgeld betaalt en/of bij co-ouderschap.
- Je wordt als **gerechtigde met personen ten laste** beschouwd indien de personen die bij je inwonen, geen inkomsten hebben hoger dan € 743,75 per maand. Dit geldt ook bij co-ouderschap en als je een onderhoudsgeld betaalt van minimum € 111,55 per maand. Bedrag van de uitkering: 60% van het gederfde loon, tot € 66,39 per dag (zesdagenweek) min de bedrijfsvoorheffing. Ditzelfde bedrag krijg je ook als je alleenstaande bent.



Vanaf de eerste dag van de zevende maand tot het einde van het eerste jaar heb je minimaal recht op:

Gerechtigden	Met gezinslast	Zonder gezinslast	
		Alleenstaanden	Samenwonenden
regelmatig werknemer	€ 42,47	€ 33,99	€ 28,85
niet-regelmatig werknemer (bestaansminimum)	€ 33,71		€ 25,28

Het gewaarborgd loon is in principe niet opnieuw verschuldigd bij een nieuwe ongeschiktheid binnen de 14 dagen volgend op een vorige. Je werkgever moet dit echter wel betalen indien je vorige ongeschiktheid minder dan 14 dagen geduurd heeft (in dat geval slechts tot aan de 14e dag van de ongeschiktheid) of indien je om een andere reden opnieuw ziek wordt.

Bij arbeidsovereenkomsten met beperkte duur (o.a. interimarbeid) loopt het gewaarborgd loon ten einde bij afloop van de overeenkomst.

Wanneer moet je aangifte doen bij het ziekenfonds? Binnen de 14 kalenderdagen en bij hervalling uiterlijk de tweede kalenderdag.

### Je bent bediende

In een eerste periode heb je recht op het **gewaarborgd loon ten laste van je werkgever**:

- indien je aangeworven bent met een **contract van onbepaalde duur of met een contract voor bepaalde duur langer dan drie maanden**: het volledige loon gedurende de eerste dertig dagen.
- indien je je nog in je **proefperiode** bevindt of indien je aangeworven bent met een **contract van minder dan drie maanden**:
  - de eerste zeven dagen: het normaal loon min de bedrijfsvoorheffing. Indien je minder dan veertien dagen arbeidsongeschikt bent, wordt de eerste dag, de carensdag, niet mee betaald.
  - van de achtste tot de veertiende dag: 86,93% van het normaal loon min de bedrijfsvoorheffing.
  - van de vijftiende tot de dertigste dag: **gemengde betaling**:
    - de ziekteverzekering betaalt een uitkering van 60% van het gedeelde loon (met een maximum van € 66,39 per dag (alleenstaanden en gezinshoofden) en van € 60,86 (samenwonenden); telkens min de bedrijfsvoorheffing.
    - je werkgever betaalt:
      - een aanvulling van 26,93% van het gedeelte van het loon beneden de loongrens van € 132,78 (in de vijfdagenweek) of beneden € 110,65 (in de zesdagenweek)
      - een aanvulling van 86,93% van het gedeelte daarboven
      - min de bedrijfsvoorheffing.

Vanaf de 31e dag krijg je een uitkering van de ziekteverzekering: zie de regeling voor arbeiders.



**OPGELET:** Een onderbreking van minder dan veertien dagen wordt geacht de periode van primaire arbeidsongeschiktheid niet te onderbreken.

Wanneer moet je aangifte doen bij het ziekenfonds? Binnen de 28 kalenderdagen en bij hervalling uiterlijk de tweede kalenderdag.

### Je bent zelfstandige

**De eerste maand heb je geen recht op uitkeringen.**

Uitkering vanaf de tweede maand:

- Indien je personen ten laste hebt: € 38,67 per dag (zesdagenweek)
- Indien je alleenstaande bent: € 29,01 per dag (zesdagenweek)
- Indien je samenwonende bent: € 25,76 per dag (zesdagenweek)

**OPGELET:** Indien je binnen de veertien dagen na het einde van je arbeidsongeschiktheid opnieuw ziek wordt, wordt dit beschouwd als een verlenging van de eerste arbeidsongeschiktheid. Indien je reeds een uitkering hebt, hoeft je dus niet opnieuw een wachttijd te vervullen. Heb je nog geen uitkering, dan wordt je wachttijd korter

Wanneer moet je aangifte doen bij het ziekenfonds? Binnen de 28 kalenderdagen en bij hervalling uiterlijk de tweede kalenderdag.

### Je bent werkloze

**Als werkloze schoolverlater** heb je recht op uitkeringen als je je tijdig laat inschrijven bij de VDAB/BGDA. In dat geval zul je **vanaf het ogenblik dat je een werkloosheidsuitkering ontvangt** (dus nadat je wachttijd daar afgelopen is!) en arbeidsongeschikt wordt, meteen aanspraak kunnen maken op ziekteuitkeringen.

**OPGELET:** Bij laattijdige inschrijving als werkloze dien je een wachttijd van 6 maanden te doorlopen voor de uitkeringsverzekering; deze wachttijd vangt aan vanaf de dag dat je (laattijdig) een werkloosheidsuitkering ontvangt.

Als je **uitkeringsgerechtigd werkloze** bent, heb je geen recht op gewaarborgd loon als je ziek wordt. Daarom krijg je reeds **vanaf de eerste dag ziekte** een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Voorwaarde is wel dat je minimum 13 dagen gecontroleerd werkloos bent geweest in de kalendermaand voorafgaand aan je arbeidsongeschiktheid. De uitkering van de ziekteverzekering wordt gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid beperkt tot het bedrag van de werkloosheid. Nadien is het mogelijk dat ze verhoogd wordt.

Wanneer moet je aangifte doen bij het ziekenfonds? Uiterlijk de tweede kalenderdag na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid; hetzelfde geldt bij hervalling.



## Mag je werken als je arbeidsongeschikt bent?

Ja, maar alleen als de adviserend geneesheer je voorafgaandelijk voldoende geschikt bevonden heeft en je hiervoor toestemming geeft. Je uitkering wordt dan wel verminderd met:

- 0% op de eerste schijf van € 10,41
- 25% op de tweede schijf van € 10,41
- 50% op de derde schijf van € 10,41
- 75% voor het gedeelte hoger dan € 31,23

## Invaliditeitsuitkeringen

Als je een jaar arbeidsongeschikt bent, kan je erkend worden als invalide. Het ziekenfonds zal je voorafgaandelijk oproepen voor een medisch onderzoek om je invaliditeitsdossier op te stellen.

### Je bent werknemer (arbeider of bediende)

Indien je **alleenstaande** bent: 50% van het gederfde loon,

- met een minimum van € 33,99 per dag voor regelmatige werknemers en van € 25,28 voor niet-regelmatige en
- een maximum van € 55,33 (zesdagenweek).

Indien je **samenwonende** bent: 40% van het gederfde loon, met een minimum van € 28,85 per dag voor regelmatige werknemers en van € 25,28 voor niet-regelmatige en een maximum van € 44,26 per dag (zesdagenweek).

Indien je **personen ten laste hebt**: 65% van het gederfde loon, met een minimum van € 42,47 per dag voor regelmatige werknemers en van € 33,71 voor niet-regelmatige en een maximum van € 71,93 per dag (zesdagenweek).

**OPGELET:** Een onderbreking van minder dan drie maanden wordt geacht de periode van de invaliditeit niet te onderbreken.

Vanaf een bepaald drempelbedrag gebeurt er een **inhouding van 3,5%** op de invaliditeitsuitkeringen. De opbrengst hiervan is bestemd voor de pensioensector. Dit drempelbedrag bedraagt momenteel € 41,46 per dag als je alleenstaande of samenwonend bent en € 49,94 indien je wel personen ten laste hebt.

### Je bent zelfstandige

Indien je **alleenstaande** bent: € 29,01 per dag (zesdagenweek) en € 33,99 als je je bedrijf stopzet.

Indien je **samenwonende** bent: resp. € 25,76 per dag (zesdagenweek) en € 28,85.

Indien je **gezinshoofd** bent: resp. € 38,67 per dag (zesdagenweek) en € 42,47.



**OPGELET:** Een onderbreking van minder dan drie maanden wordt geacht de periode van de invaliditeit niet te onderbreken.

## De moederschapsuitkering

De moederschapsuitkering wordt – de naam zegt het reeds – toegekend wanneer je als vrouw je arbeid of je werkloosheidscontrole onderbreekt tijdens je zwangerschap en na de bevalling.

### Je bent werkneemster of werkloze

#### Wanneer heb je recht op een uitkering?

- **Vóór de bevalling mag** je je arbeid onderbreken ten vroegste zes weken vóór de vermoedelijke bevallingsdatum (acht weken in geval van een meerling). Je **moet** je prestaties onderbreken vanaf de zevende dag vóór de vermoedelijke bevallingsdatum. Indien je later bevalt dan voorzien, wordt je vóórbevallingsrust verlengd.  
Als je werkloos bent, moet je de dienst Arbeidsbemiddeling van de RVA op de hoogte brengen, zodat je tijdens je moederschapsverlof niet verplicht hoeft in te gaan op een werkaanbod en omdat je je uitkering van het ziekenfonds moet krijgen.
- **Na de bevalling:** negen weken plus het gedeelte van de vóórbevallingsrust dat je nog niet hebt opgenomen omdat je vroeger bevallen bent dan voorzien.
  - Bij de geboorte van een meerling heb je recht op twee bijkomende weken.
  - Indien je kindje na de geboorte in het ziekenhuis moet blijven (langer dan zeven dagen), mag je je moederschapsverlof verlengen met de duur van de opname. Dit kan tot maximum 24 weken.
  - In geval van een moeilijke zwangerschap, kan je vragen om het tijdvak van nabevallingsrust te verlengen met één week wanneer je arbeidsongeschikt was tijdens de volledige periode van zes weken voorafgaand aan de werkelijke bevallingsdatum (of acht weken in geval van een meerling).
- Eventueel mag je ook **borstvoedingsverlof** nemen tot maximaal vijf maanden na de bevalling. Dit verlof is een gunst van de werkgever en wordt meestal niet betaald.

#### Bedrag van de moederschapsuitkering:

- **de eerste 30 dagen:** 82% van het onbegrensd loon en 79,5% van het begrensd loon indien je werkloos of invalide (zonder arbeidsovereenkomst) bent, met een maximum van € 87,97,
- **vanaf de 31ste dag:** 75% van het begrensd loon met een maximum van € 82,99 (voor ieder een).

Voor verdere informatie: contacteer je ziekenfonds.



## Je bent zelfstandige

**Voor welke periode?** De periode van bevallingsverlof bedraagt 6 weken (7 weken bij een meerling). Je kan ten vroegste 3 weken (bij een meerling 4 weken) voor de vermoedelijke bevallingsdatum stoppen met werken. Blijf je verder werken tijdens deze periode, dan mag je deze dagen opnemen na de bevalling.

**Let op!** Je bent wettelijk verplicht minstens 1 week voor de vermoedelijke bevallingsdatum te stoppen met werken.

De verplichte rustperiode na de bevalling (de postnatale rustperiode) komt overeen met de zes of zeven weken, verminderd met de dagen die je reeds genomen hebt vóór de bevalling (de prenatale rustperiode). Bij een vroegtijdige bevalling mag je een langere postnatale rustperiode nemen om tot een volledige periode van zes of zeven weken te komen. Beval je later dan voorzien, dan vermindert de postnatale rustperiode. In geen geval wordt dus de duur van zes weken (zeven weken bij een meerling) overschreden.

**Bedrag van de moederschapsuitkering:** € 2.082,71 (plus € 347,11 bij een meerling).

## Het vaderschapsverlof

Als je werknemer of werkloze bent, kan je als vader in aanmerking komen voor het vaderschapsverlof:

\*Bij de geboorte van je kind mag je als vader tien dagen verlof nemen tijdens de eerste dertig dagen na de bevalling: de eerste drie dagen krijg je gewaarborgd loon van je werkgever, de zeven volgende worden terugbetaald door de ziekteverzekering.

**Bedrag:** 82% van het begrensde loon (maximum € 90,74).

Bezorg aan het ziekenfonds een uittreksel van de geboorte-akte of een bewijs dat het kind voortaan deel uitmaakt van je gezin.

\*Bij hospitalisatie van de moeder (langer dan zeven dagen) of overlijden mag je het gedeelte van het moederschapsverlof opnemen dat de moeder zelf niet heeft opgenomen.

Deze vorm van vaderschapsverlof begint ten vroegste te lopen vanaf de achtste dag vanaf de geboorte. Het eindigt wanneer de moeder het ziekenhuis verlaat of in elk geval bij het verstrijken van de periode van het moederschapsverlof.

**Bedrag:** 60% van het gederfde loon of het bedrag van de werkloosheidsuitkering.

**OPGELET:** in de regeling der zelfstandigen bestaat er geen vaderschapsverlof.

## Het adoptieverlof

### Je bent werknemer of werkloze

Als jullie een kind adopteren, hebben jullie recht op een verlof van **zes weken**, als het kind jonger is dan drie jaar. Voor een kind van drie tot acht jaar, krijg je **vier weken**. Deze termijnen worden verdubbeld als het om een gehandicapt kind gaat.

De eerste drie dagen van het adoptieverlof worden vergoed door de werkgever en de volgende door de ziekteverzekering aan 82% van het geplafonneerd loon, met een maximum van € 90,74 per dag.

### Je bent zelfstandige

Indien je zelfstandige bent, bedraagt het verlof vier weken als je kind tussen 3 en 8 jaar is en zes weken als het jonger is dan drie. Als het kind een handicap heeft, worden deze termijnen verdubbeld. Het ziekenfonds betaalt je € 347,11 per week. Tijdens het adoptieverlof mag je geen enkele beroepsactiviteit verrichten en ook geen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen of invaliditeitsuitkeringen ontvangen.

Vergeet niet je ziekenfonds op de hoogte te brengen. Normaal krijgt het ziekenfonds het bewijs van adoptie weliswaar langs elektronische weg, zoniet moet je als adoptie-ouder een bewijs van inschrijving overmaken dat je vraagt bij het gemeentebestuur.

## Borstvoedingspauzes

Als werkneemster mag je, zolang je borstvoeding geeft, op het werk pauzes nemen om je kind te voeden of om melk af te nemen. Je mag twee pauzes van een half uur nemen per werkdag van 7,5 uur (één pauze voor een halve werkdag). Ze worden niet door je werkgever betaald, maar door je ziekenfonds en bedragen 82% van het (onbeperkt) gederfd loon.

Vergeet niet om je ziekenfonds vooraf op de hoogte te brengen.

## De werkverwijdering

In sommige gevallen moet je werkgever op basis van het advies van de arbeidsgeneesheer de nodige beschermende maatregelen nemen. Zo kan hij o.a. beslissen om je tijdelijk andere arbeidsomstandigheden te geven of om je arbeidsovereenkomst te schorsen. In dat geval kan je van het ziekenfonds voor die periode een uitkering krijgen.

## De uitkering voor begrafeniskosten

Als je werknemer of gelijkgestelde bent, krijgt de persoon die de begrafeniskosten werkelijk heeft betaald, bij je overlijden een uitkering van € 148,74 uitbetaald.

Ben je enkel ingeschreven als zelfstandige, dan kan je hierop geen aanspraak maken.



# De Vlaamse zorgverzekering



De Vlaamse zorgverzekering komt tussen in de niet-medische kosten voor de verzorging van zwaar zorgbehoevenden.

Als je 25 jaar of ouder bent, ben je verplicht om aan te sluiten bij een zorgkas als je in Vlaanderen woont; woon je in het Brusselse Gewest, dan heb je de vrije keuze om al dan niet toe te treden.

Je kan je via je ziekenfonds aansluiten bij de **Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen**. Hiervoor betaal je een vast bedrag per jaar (momenteel € 25; als je het RVV-statuut hebt, slechts € 10). Wanneer je zorgafhankelijk wordt, zal de zorgkas je ook een uitkering betalen.

# Wat met de vrije en de aanvullende verzekering?



De verplichte verzekering dekt niet alle kosten die verband houden met gezondheid. Zo worden bepaalde orthodontische behandelingen, sommige kijkbuisoperaties en sommige medische producten nog niet of slechts zeer weinig terugbetaald. Ook bij een hospitalisatie moet je een groot deel opleggen. Om hieraan tegemoet te komen, biedt je ziekenfonds je een ruim aanbod van bijkomende diensten aan.

Het heeft ook een heel gamma van diensten die niets met verzorging te maken hebben. Een aantal ervan ken je vast wel, zoals reizen voor jongeren en het voorhuwelijkssparen.

We onderscheiden de vrije verzekering, de aanvullende verzekering, het voorhuwelijkssparen en de hospitalisatieverzekering.



## De vrije verzekering

De vrije verzekering dekt de zogenaamde kleine risico's voor zelfstandigen en verdwijnt volledig vanaf 2008. Als beginnende zelfstandige ben je sinds 1 juli 2006 al verplicht verzekerd voor die kleine risico's.

## De aanvullende verzekering

De aanvullende verzekering dekt een aantal zaken die niet opgenomen zijn in het verplichte pakket. Om de dienst financieel leefbaar te houden, stellen de meeste ziekenfondsen de aansluiting verplicht bij de inschrijving.

Je ziekenfonds verstrekt je graag een overzicht van de verschillende aanvullende diensten. Je kan dit uiteraard ook op onze website vinden:

[www.mut400.be](http://www.mut400.be)

## Het voorhuwelijkssparen

Indien je voordien al aan voorhuwelijkssparen deed, kan je gewoon verder sparen wanneer je zelf titularis wordt en dit totdat je gaat huwen of samenwonen of tot je dertigste verjaardag.

## De hospitalisatieverzekering

Moet je je bij het begin van je loopbaan al zorgen maken over een eventuele opname in het ziekenhuis? Niet verplicht, maar wél aanbevolen! We hebben er al op gewezen dat de arts immers in een aantal gevallen een supplement mag aanrekenen en ook de hotelkosten vallen ten laste van de patiënt. Deze bedragen kunnen zelfs voor korte verblijven behoorlijk hoog oplopen. Daarom organiseren de liberale mutualiteiten een **kostendekkende hospitalisatieverzekering** *Hospitaal-Plus*. Voor meer informatie kan je terecht bij je ziekenfonds.

# Aparte gevallen: arbeidsongevallen en beroepsziekten



Indien je het slachtoffer bent van een arbeidsongeval of een beroepsziekte, krijg je in principe geen uitkering in het kader van de ziekteverzekering. Dit betekent niet dat je geen tegemoetkoming krijgt wegens het verlies van je inkomen. Je werkgever is hiervoor immers apart verzekerd.

## Arbeidsongevallen

**Wat te doen bij een arbeidsongeval?** Een ongeval op de arbeidsplaats, maar ook onderweg van en naar het werk moet je meteen (laten) **aangeven aan je werkgever**. Indien mogelijk moet je ook de namen van de getuigen opgeven. Indien je als gevolg van het ongeval voor kortere of voor langere tijd, of zelfs definitief, arbeidsongeschikt bent, dient immers een hele procedure te worden opgestart. De werkgever moet binnen de 48 uur de arbeidsinspectie op de hoogte brengen en zo snel mogelijk ook zijn wetsverzekeraar.

De verzekeraar kan de aangifte aanvaarden of weigeren of hij kan je uitnodigen voor een verder onderzoek. Op basis van dat onderzoek zal hij beslissen of hij het arbeidsongeval aanvaardt of weigert



In geval van verder onderzoek of van weigering dien je ook **je ziekenfonds op de hoogte te brengen**. Als je arbeidsongeschiktheid langer duurt dan de periode van gewaarborgd loon (zie blz. 19-21), zal je in geval van verder onderzoek of van weigering immers ten laste van de ziekteverzekering vallen.

**Indien je niet akkoord gaat met de beslissing van de wetsverzekeraar**, kan je zelf een bijkomend onderzoek aanvragen bij het *Fonds voor Arbeidsongevallen*. Dit Fonds gaat ook de omstandigheden na en stelt een verslag op voor de wetsverzekeraar, die opnieuw een beslissing neemt.

Indien je ook niet akkoord gaat met de nieuwe beslissing, beschik je over een termijn van drie jaar vanaf de datum van ontvangst van de beslissing om de zaak aanhangig te maken bij de arbeidsrechtbank.

### Hoe word je precies vergoed?

- **Tijdens de periode van gewaarborgd loon** word je in elk geval vergoed zoals bij een gewone arbeidsongeschiktheid.
- **Na de periode van gewaarborgd loon** komt de wetsverzekeraar tussen:
  - **Als je ongeschiktheid aanvaard wordt door de wetsverzekeraar**, hangt het ervan af of ze tijdelijk of definitief is en of ze volledig of gedeeltelijk is. Er kunnen zich dus vier situaties voordoen:
    - Als je ongeschiktheid tijdelijk en volledig is: een vergoeding van 90% van het gemiddeld dagloon.
    - Als je ongeschiktheid tijdelijk en gedeeltelijk is, is de vergoeding afhankelijk van het percentage van de ongeschiktheid. Voor de arbeidsongeschiktheid komt de wetsverzekeraar tussen en voor de gepresteerde arbeid ontvang je je loon van je werkgever.
    - Als je ongeschiktheid definitief en volledig is: een vergoeding van 100% van het basisloon.
    - Als je ongeschiktheid definitief en gedeeltelijk is, wordt de vergoeding berekend op het basisloon, aangepast in functie van de graad van de ongeschiktheid.
  - **Aanvaardt de wetsverzekeraar je ongeschiktheid niet**, dan krijg je een uitkering van de ziekteverzekering.
- Bij een dodelijk ongeval krijgen de overlevende partner, kinderen of ascendenten:
  - een begrafenisvergoeding van 30 x het gemiddelde dagloon met een minimum van € 148,74,
  - een rente, berekend in functie van de situatie van de betrokkenen.

**Wat met de kosten voor geneeskundige verzorging?** De kosten voor geneeskundige verzorging worden betaald door je ziekenfonds.

## Beroepsziekten

Indien je ziekte het gevolg is van je arbeidssituatie (bvb. als je lange tijd moet werken met toxische stoffen), lijdt je aan een beroepsziekte. Per beroeps categorie bestaat er een lijst van mogelijke beroepsziekten. Voor de ziekten die niet op de lijst voorkomen, moet je bewijzen dat er een oorzakelijk verband bestaat met je arbeidssituatie.

**Schadeloosstelling voor het inkomensverlies** moet je aanvragen bij het Fonds voor Beroepsziekten op een aanvraagformulier dat je kan afhalen bij je huisarts of bij je ziekenfonds. De vergoeding geschiedt op dezelfde manier als voor de arbeidsongevallen, met dien verstande dat het Fonds voor Beroepsziekten je een vergoeding betaalt na de periode van gewaarborgd loon.

**De kosten voor geneeskundige verzorging** worden langs twee kanalen betaald:

- je ziekenfonds vergoedt je volgens de regels van de verplichte verzekering.
- het Fonds voor Beroepsziekten betaalt het remgeld en de prestaties die niet vergoed worden door de ziekteverzekering, maar die toch noodzakelijk zijn in jouw geval.

**Wat als je zwanger wordt tijdens de periode dat je een schadeloosstelling ontvangt wegens een beroepsziekte?** In dat geval komt het Fonds voor Beroepsziekten tussen voor de vergoedingen vanaf het begin van de zwangerschap (of het begin van de ziekte) en het begin van de zes weken, voorafgaand aan de vermoedelijke datum van de bevalling; indien je zwanger bent van een meerling, loopt de tussenkomst slechts tot het begin van de voorafgaande acht weken. Na die zes of acht weken komt de moederschapsverzekering tussen.





## Uw ziekenfondsen

**Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen,**  
Lange Nieuwstraat 109 - 2000 Antwerpen  
Tel. 03/203.76.00 - Fax 03/225.02.35  
E-mail : [info@lmpa.be](mailto:info@lmpa.be)  
Website : <http://www.lmpa.be>

**Liberale Mutualiteit van Brabant,**  
Koninginneplein 51-52 - 1030 Brussel  
Tel. 02/209.48.11 - Fax 02/219.01.54  
E-mail : [info@mut403.be](mailto:info@mut403.be)  
Website : [www.libmutbrab.be](http://www.libmutbrab.be)

**Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen,**  
Revillpark 1 - 8000 Brugge  
Tel. 050/45.01.00 - Fax 050/45.01.02  
E-mail : [info@lmwvl](mailto:info@lmwvl)  
Website : <http://www.lmwvl.be>

**Liberale Mutualiteit van Oost-Vlaanderen,**  
Brabantdam 109 - 9000 Gent  
Tel. 09/223.19.76 - Fax 09/224.11.74  
E-mail : [infocomm@libmutov.be](mailto:infocomm@libmutov.be)  
Website : <http://www.libmutov.be>

**Liberale Mutualiteit Limburg,**  
Geraetsstraat 20 - 3500 Hasselt  
Tel. 011/29.10.00 - Fax 011/22.20.67  
E-mail : [info@lml.be](mailto:info@lml.be)  
Website : [www.lml.be](http://www.lml.be)

**Liberale Mutualiteit - Vlaams Gewest,**  
Prielstraat 22 - 1730 Asse  
Tel. 02/452.90.10 - 454.06.70 - Fax 02/452.62.20  
E-mail : [info@lmlvg.be](mailto:info@lmlvg.be)  
Website : <http://www.lmlvg.be>