

HOSPITALISATIEVERZEKERING

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

VMOB HospiPlus - Statieplein 12 - 9300 Aalst – België

ondernemingsnummer 0471.458.404 verzekeringsonderneming door de CDZ

toegelaten onder nr. 250/01 om de tak 2 'ziekte' te beoefenen



HOSPIPLUS

Dit document is indicatief en bedoeld om je een overzicht te geven van de belangrijkste waarborgen, uitsluitingen en beperkingen van de hospitalisatieverzekering HospiPlus. De volledige precontractuele en contractuele informatie over dit product staat in de AssurMiFID/IDD-documenten en de polisvoorwaarden. Je kan deze raadplegen via de website www.hospiplus.be of gratis opvragen bij je ziekenfondskantoor of kantoor van de VMOB HospiPlus.

Welke soort verzekering is dit?

HospiPlus is een facultatieve, kostendekkende hospitalisatieverzekering die tegemoet komt in hospitalisatiekosten en kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op een hospitalisatie.



Wat is verzekerd?

- ✓ Onbeperkte tegemoetkoming in de kosten van (dag)hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval, zwangerschapsverwikkelingen en/of (thuis)bevalling
- Zijn inbegrepen:
 - ✓ remgelden
 - ✓ verblijfskosten
 - ✓ vergoedbare en niet-vergoedbare farmaceutische producten
 - ✓ erelonen (tot 200 % boven Riziv-tarief)
 - ✓ medisch materiaal (€ 6.000/jaar)
 - ✓ verblijfskosten van ouders bij opname van kinderen (tot en met 18 jaar) (€ 40/dag tot max. 14 dagen/jaar)
 - ✓ thuisbevalling en poliklinische bevalling (€ 1.000 per bevalling)
 - ✓ niet-dringend ziekenvervoer (€ 250/jaar)
 - ✓ dringend helikoptervervoer (€ 1.000/jaar)
 - ✓ IVF en andere fertiliteitsbehandelingen (€ 1.000/verzekerde/contract)
- ✓ Tegemoetkoming in de kosten van ambulante zorgen en geneesmiddelen, 30 dagen voorafgaand en 90 dagen volgend op een hospitalisatie, beperkt tot € 400/verzekerde/jaar; bij opname in een twee- of meerpersoonskamer: extra tot € 400 kinekosten/verzekerde/jaar
- ✓ Gebruik HospiPlus-Kaart: rechtstreekse betaling van de ziekenhuisfactuur aan het ziekenhuis is mogelijk, ongeacht de kamerkeuze



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Hospitalisaties, en ambulante zorgen en geneesmiddelen voorafgaand en volgend op hospitalisaties die beginnen voor of tijdens de wachttijd (algemeen = 3 maanden, medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken = 12 maanden)
- ✗ Esthetische behandelingen, kaakbeen- en tandaandoeningen, oog- of zichtcorrecties, oorstandcorrecties, orthodontie, borstreconstructies, contraceptie
- ✗ Kosten ten gevolge van gevaarlijke en/of betaalde sportactiviteiten
- ✗ Kosten ten gevolge van dronkenschap, gebruik van alcohol of drugs
- ✗ Sanitair materiaal, orthopedisch materiaal, brillen, lenzen, hoorapparaten
- ✗ Alternatieve geneeskundige behandelingen, bv. acupunctuur, osteopathie, homeopathie, chiropraxie en fytotherapie
- ✗ Psychologische behandelingen, ergotherapie en dieetconsultaties waarvoor geen wettelijke tussenkomst is voorzien
- ✗ Kosten verbonden aan een verblijf in een revalidatiecentrum, een MPI, een bejaardentehuis, een weeshuis, een rust- of kuuroord, een rust- en verzorgingstehuis
- ✗ Kosten die verband houden met een hospitalisatie op diensten voor dag- en/of nachtopvang of de spoedgevallendienst
- ✗ Voedingsmiddelen en -supplementen, vitamines en mineralen, hygiënische en cosmetische producten
- ✗ Drank-, telefoon- en tv-kosten
- ✗ Kosten ten gevolge van oorlogsfeiten, gewelddaden, roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen
- ✗ Kosten ten gevolge van opzettelijke daden (bv. zelfmoordpoging)
- ✗ Begraveniskosten



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Vrijstelling: eenmalig € 125/verzekerde/jaar en enkel bij keuze voor hospitalisatie op een eenpersoonskamer
- ! Hospitalisatiekosten op de diensten psychiatrie (34, 37, 41) en specialiteiten (61, 62, 63, 64, 65, 66, 69): beperkt tot € 2.000/verzekerde/jaar, inclusief voor- en nazorg
- ! Verblijfskosten voor een zorgverblijf: beperkt tot € 30/dag en tot 28 dagen/jaar
- ! Kosten waarvoor het Riziv niet tussenkomt: beperkt tot € 1.000/jaar
- ! Kosten verbonden aan donorschap: beperkt tot € 1.000/jaar
- ! Thuisbevalling en poliklinische bevalling: kosten kraamzorg beperkt tot € 5/uur en tot maximaal € 400, kosten niet-Riziv tot maximaal € 400
- ! Borstreducties, obesitasbehandelingen en transgenderbehandelingen en -operaties, inclusief gevolgen: enkel met akkoord van adviserend arts van ziekenfonds en beperkt tot € 2.000/verzekerde/duur contract
- ! Vooraf bestaande toestand (inclusief bevalling binnen de 9 maanden na start contract): geen vergoeding van verblijfskosten en erelonen, bij keuze voor hospitalisatie op een eenpersoonskamer
- ! Hospitalisatie omwille van 2 ingrepen, waarvan 1 uitgesloten: tussenkomst beperkt tot 50 %
- ! Buitenlandse hospitalisatiekosten: beperkt tot € 250/dag en tot maximaal € 2.500/jaar

Waar ben ik gedekt?

Je bent gedekt voor een hospitalisatie die in België plaatsvond en voor ambulante zorgen en geneesmiddelen die in België werden voorgeschreven en verstrekt. Daarnaast ontvang je bij een buitenlandse hospitalisatie een tegemoetkoming van € 250 per hospitalisatiedag en dit tot maximaal € 2.500 per verzekeringsjaar.

Wat zijn mijn verplichtingen?

Je bent verplicht om:

- lid te zijn van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen of het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds en de bijdragen tijdig te betalen voor de aanvullende diensten van deze ziekenfondsen,
- bij intekening een behoeftanalysefiche, een verzekeringsvoorstel en een medische vragenlijst in te vullen en deze te dag- en ondertekenen,
- een wachttijd te doorlopen als je bij intekening geen andere hospitalisatieverzekering had,
- altijd tijdig je premie te betalen,
- binnen de 3 jaar na afloop van je hospitalisatie hiervan aangifte te doen en de nodige documenten over te maken,
- elke familiale of administratieve wijziging binnen de 30 dagen door te geven.

Wanneer en hoe betaal ik?

Je betaalt de premie via overschrijving (jaarlijks of trimestrieel) of via domiciliëring (trimestrieel of maandelijks), binnen de termijn die op het verzoek om betaling, of op de prenotificatie, staat. De premie is verschuldigd vanaf de start van het contract.

Wanneer begint en eindigt de dekking?

Jouw contract start in principe op de 1^{ste} van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde intekeningsdocumenten. Je bent gedekt vanaf betaling van de 1^{ste} premie en na afloop van de wachttijd.

Jouw dekking geldt levenslang, behalve bij vrijwillige opzeg, wanbetaling van de premie, overlijden, fraude, mutatie of uitsluiting uit de aanvullende ziekteverzekering van je ziekenfonds.

Hoe zeg ik mijn contract op?

Je kan het contract maandelijks opzeggen via een aangetekende brief, via deurwaardersexploot of door afgifte van de opzegbrief tegen ontvangstbewijs. Het contract eindigt op de laatste dag van de maand waarin het verzoek tot stopzetting ontvangen werd. De postdatum geldt als bewijs.