

VERZEKERING MEDISCHE KOSTEN

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



Dit document is indicatief en bedoeld om je een overzicht te geven van de belangrijkste waarborgen, uitsluitingen en beperkingen van de verzekering medische kosten MaxiPlan. 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?

MaxiPlan is een facultatieve ziekteverzekering die tegemoet komt in ambulante medische kosten.



Wat is verzekerd?

- ✓ Remgelden: terugbetaling van 50 % van de wettelijke remgelden (tot € 1.000/verzekerde/jaar)
- ✓ Tandzorgen: terugbetaling van 50 % van de kosten die voortvloeien uit tandzorgen en waarvoor geen wettelijke tussenkomst voorzien is (tot € 500/verzekerde/jaar)
Zijn inbegrepen:
 - ✓ tandprotheses,
 - ✓ tandbruggen,
 - ✓ kronen en stiften,
 - ✓ implantaten,
 - ✓ parodontologie,
 - ✓ tandextracties.
- ✓ Orthodontie: terugbetaling van de kosten van orthodontische behandelingen (tot € 250/behandelingsplan)
- ✓ Hoorapparaten: terugbetaling van de plaatsingskosten van een hoorapparaat waarvoor er een vergoeding is vanuit de verplichte ziekteverzekering (tot € 500/verzekerde/jaar)
- ✓ Geboorteforfait: forfaitaire tegemoetkoming in de kosten van bevalling (€ 100/ouder/kind)
- ✓ Anticonceptie: terugbetaling van de kosten van anticonceptiemiddelen, voorgeschreven door een arts, als er geen vergoeding is vanuit de verplichte ziekteverzekering (tot € 25/jaar)
Zijn inbegrepen:
 - ✓ anticonceptiepil,
 - ✓ vaginale ring,
 - ✓ prikpil,
 - ✓ anticonceptiepleister,
 - ✓ implantaat,
 - ✓ spiraal.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Kosten die gemaakt worden voor of tijdens de wachttijd
- ✗ Esthetische behandelingen
- ✗ Kosten ten gevolge van gevaarlijke en/of betaalde sportactiviteiten
- ✗ Kosten ten gevolge van dronkenschap, gebruik van alcohol of drugs
- ✗ Kosten die betrekking hebben op batterijen of andere elementen van hoorapparaten
- ✗ Kosten ten gevolge van oorlogsfeiten, geweld-daden, roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen
- ✗ Kosten ten gevolge van opzettelijke daden (bv. zelfmoord)



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Wachttijd van 12 maanden voor tandzorgen, orthodontie, hoorapparaten en geboorteforfait
- ! Wachttijd van 3 maanden voor remgelden en anticonceptie

Waar ben ik gedekt?

Je bent gedekt voor prestaties die in België werden verstrekt en voorgeschreven, en uitgevoerd werden door een in België erkende gezondheidszorgbeoefenaar.

Wat zijn mijn verplichtingen?

Je bent verplicht om:

- lid te zijn van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen of het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds en de bijdragen te betalen voor de aanvullende diensten van deze ziekenfondsen,
- bij intekening een behoefteanalysefiche en een verzekeringsvoorstel in te vullen en deze te dag- en ondertekenen,
- elke persoon van jouw ziekenfondsboekje te verzekeren (mutualistisch gezin),
- een wachttijd te doorlopen als je bij intekening geen andere vergelijkbare verzekering medische kosten had,
- altijd tijdig je premie te betalen,
- binnen de 3 jaar na afloop van je kosten 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.

Bij vrijwillige opzeg van jouw contract moet je 36 maanden wachten alvorens je opnieuw kan intekenen. De opzeg geldt voor alle leden van jouw mutualistisch gezin.