

Hospitalisatieverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct



Hospitalia

MLOZ Insurance, Lenniksebaan 788A, 1070 Anderlecht - België
 verzekeringsonderneming van de Onafhankelijke Ziekenfondsen,
 erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18,
 ondernemingsnummer: 422.189.629.

De volledige precontractuele en contractuele informatie over het verzekeringsproduct wordt verstrekt in de algemene voorwaarden, de wijzigingsclausules, de aanvraag voor een nieuwe aansluiting en de aanvaardingsbrief.
Dit product is onderworpen aan het Belgisch recht.
Voor informatie over de aansluiting bij dit product kunt u terecht bij uw ziekenfonds.

Welk soort verzekering is dit?

De verzekering Hospitalia is een facultatieve verzekering tot vergoeding van schade als aanvulling op de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het product voorziet in een basisgarantie in geval van een ziekenhuisopname of dagopname naar aanleiding van een ziekte, een ongeval of een bevalling. De kosten voor de medische verzorging gedurende 30 dagen na de ziekenhuisopname of dagopname worden eveneens terugbetaald.



Wat is verzekerd?

- ✓ In België, terugbetaling na een wachttijd van 6 maanden:
 - ziekenhuisopnames van minstens één nacht en dagopnames in een eenpersoonskamer, tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer
 - verzorging vóór de opname in de dienst spoedgevallen, alsook de medische verzorging en geneesmiddelen tot 30 dagen na de opname.
 - andere tussenkomsten zoals thuisbevalling, tijdelijk verblijf in een herstelhotel of zorghotel na de opname, hulpverlening door een oppas tijdens of na een opname,...
- ✓ De dekking omvat:
 - verblijfskosten
 - farmaceutische producten
 - honoraria
 - protheses, implantaten en andere leveringen
 - rooming-in
 - diverse kosten
 - legale voorschotten
- ✓ De franchise is niet van toepassing bij een ziekenhuisopname van minstens een nacht in een twee- of meerpersoonskamer en bij een dagopname in om het even welk type kamer.
- ✓ De beperkingen wegens een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand zijn niet van toepassing bij een ziekenhuisopname van minstens een nacht en een dagopname in een twee- of meerpersoonskamer.
- ✓ In het buitenland, terugbetaling na een wachttijd van 6 maanden, van een ziekenhuisopname van minstens één nacht.
- ✓ Vrije keuze van ziekenhuis, kamer en arts.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Toiletartikelen, cosmetica, voeding, wijnen, minerale waters, luxe-uitgaven.
- ✗ Verstrekkingen van esthetische aard.
- ✗ Tandimplantaten en tandprothesen en alle verstrekkingen die daarmee samenhangen.
- ✗ Verstrekkingen van het type 'verjongingskuur'.
- ✗ Kosten die gepaard gaan met experimentele behandelingen en geneesmiddelen.
- ✗ Kosten die gepaard gaan met medische behandelingen die met opzet gebeuren in het buitenland en waarvoor de adviserend arts van de Verplichte Verzekering geen toestemming gegeven heeft.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Plafond voor het totaal van de tegemoetkomingen: 25.000 euro per verzekerde per kalenderjaar.
- ! Franchise van 150 euro per ziekenhuisopname bij een verblijf van minstens een nacht in een eenpersoonskamer in een ziekenhuis dat honorariumsupplementen van meer dan 200% aanrekent. De lijst van ziekenhuizen is te raadplegen via www.ziekenhuizenvrijstelling.be.
- ! Kamersupplementen in een eenpersoonskamer: max. 80 euro per dag.
- ! Honorariumsupplementen: terugbetaling tot 100% van het overeenkomstentarief.
- ! Beperking van de dekking in geval van vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand bij opname in een eenpersoonskamer (geen kamer- en honorariumsupplementen).



Waar ben ik gedekt?

- ✓ De dekking geldt wereldwijd.



Wat zijn mijn verplichtingen?

- Bij het begin van het contract: de verzekeringsnemer moet een aanvraag voor een nieuwe aansluiting en een medische vragenlijst invullen, en moet alle elementen die de tenlasteneming van het risico kunnen beïnvloeden spontaan meedelen aan de verzekeraar. Bovendien moet hij de bijdragen betalen.
- Tijdens de looptijd: hij moet elke wijziging die de gevraagde bijdrage of het behoud van het contract zou kunnen beïnvloeden, meedelen. Hij moet de verzekeraar zo spoedig mogelijk inlichten over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt.
- Bij aangifte van een schadegeval: de verzekeringsnemer moet de verzekeraar zo spoedig mogelijk inlichten over het schadegeval en de Tegemoetkomingsaanvraag invullen, en alle bewijsstukken van zijn uitgaven aan de verzekeraar bezorgen.



Wanneer en hoe betaal ik?

De verzekeringsnemer is de bijdrage vanaf de aansluitingsdatum verschuldigd op de vervaldatum, via overschrijving of domiciliëring volgens de overeengekomen periodiciteit.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het contract begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de verzekeraar de correct ingevulde "Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging" en "Medische vragenlijst" ontvangen heeft, mits betaling van de eerste bijdrage.

Het contract wordt gesloten voor het leven. Het eindigt evenwel bij opzegging door de verzekeringsnemer, bij niet-betaling van de bijdragen, bij mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen of in geval van fraude.



Hoe zeg ik mijn contract op?

De verzekeringsnemer kan het contract opzeggen via een aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzegbrief tegen ontvangstbewijs. Er is een opzegtermijn van minimaal één maand.

Dit document is louter indicatief bedoeld om een overzicht te geven van de belangrijkste dekkingen en uitsluitingen. Bijgevolg kunnen er geen rechten aan worden ontleend.

Klachten over dit product of onze dienstverlening kunnen gericht worden aan de klachtencoördinator van MLOZ Insurance (complaints@mloz.be) of aan de Ombudsman van de Verzekering, de MeeÛsquare 35, 1000 Brussel - info@ombudsman.as - www.ombudsman.as