

Hospitalisatieverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct



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.

Hospitalia

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 vóór en 90 dagen na de ziekenhuisopname of dagopname worden eveneens terugbetaald. Hospitalia biedt een bijkomende optie Waarborg "Zware Ziektes".



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
 - medische verzorging en geneesmiddelen 30 dagen vóór de opname en 90 dagen na de opname.
 - andere tussenkomsten zoals dringend vervoer, 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 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.
- ✓ Bijkomende optie: Waarborg zware ziektes: medische kosten en geneesmiddelen buiten een ziekenhuis- of dagopname voor 33 zware ziektes.



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.
- ✗ Kosten onderworpen aan de btw.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Plafond voor het totaal van de tegemoetkomingen: 25.000 euro per verzekerde per kalenderjaar.
- ! 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. De bijstand is alleen van toepassing in België.



Wat zijn mijn verplichtingen?

- Bij het begin van het contract: de verzekeringnemer 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 premies betalen.
- Tijdens de looptijd: hij moet elke wijziging die de gevraagde premie 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 verzekeringnemer 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 verzekeringnemer is de premie 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 premie.

Het contract wordt gesloten voor het leven. Het eindigt evenwel bij opzegging door de verzekeringnemer, bij niet-betaling van de premies, bij mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen, in geval van fraude, of wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van lid in orde op het niveau zijn ziekenfonds verliest na niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds.



Hoe zeg ik mijn contract op?

De verzekeringnemer kan het contract opzeggen via een aangetekende brief, via een elektronische gekwalificeerde aangetekende zending, 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 Verzekeringen, de Meeûsquare 35, 1000 Brussel - info@ombudsman-insurance.be - www.ombudsman-insurance.be.