

HOSPITALISATIEVERZEKERING

Informatiedocument over het verzekeringsproduct **KliniPlanPlus**

VMOB SOHO, St-Jansstraat 32, 1000 Brussel, België, verzekeringsonderneming met nummer 350/01 toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen om tak 2 “ziekte” uit te oefenen. Ondernemingsnummer 0839.743.450 – BE77 1325 0197 5142

De volledige precontractuele en contractuele informatie over KliniPlanPlus wordt verstrekt via de MiFID-informatiefiche, het belangenconflictenbeleid, de segmentatiecriteria en de algemene en bijzondere voorwaarden.

Welke soort verzekering is dit?

KliniPlanPlus is een facultatieve hospitalisatieverzekering die een vergoeding uitkeert in geval van een ziekenhuisopname of daghospitalisatie ten gevolge van een ziekte, ongeval, zwangerschap en/of bevalling. KliniPlanPlus voorziet tevens in een vergoeding in de kosten voor en na de ziekenhuisopname en de ambulante kosten die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte.



Wat is verzekerd ?

Kosten ten gevolge van een ziekenhuisopname van minimum 1 nacht of een daghospitalisatie.

De dekking omvat een terugbetaling van:

- remgelden
- kamersupplementen
- ereloon-supplementen tot max. 2 keer het wettelijk tarief
- geneesmiddelen
- vergoedbare implantaten (onbeperkt) en niet-vergoedbare implantaten (max. € 3422,94 per hospitalisatie)
- parafarmaceutische producten (max. € 171,15 per hospitalisatie)
- gipsmateriaal (max. 2 keer het wettelijk tarief)
- overnachting van een ouder bij een gehospitaliseerd kind
- comfortkosten (water, televisie, telefoon, ...) bij keuze voor een twee- of meerpersoonskamer
- ziekenvervoer (max. € 570,48 per verzekeringsjaar).

Ambulante kosten voorafgaand en na de hospitalisatie worden vergoed tot max. € 839,42 per hospitalisatie.

De dekking omvat een forfaitair bedrag dat wordt gebaseerd op de kamerkeuze bij ziekenhuisopname of daghospitalisatie:

- eenpersoonskamer: 10 %
- meerpersoonskamer: 15 %
- daghospitalisatie: 20 %

Het forfaitair bedrag wordt aangevuld met een vergoeding voor de reële kinesitherapiekosten, zijnde remgelden en ereloon-supplementen tot 1 keer het wettelijk tarief, die gemaakt worden in de 3 maanden na de hospitalisatie.

Ambulante kosten die rechtstreeks verband houden met een ernstige ziekte tot max. € 7131,13 per verzekeringsjaar.

De dekking omvat onder andere de terugbetaling van de remgelden, de ereloon-supplementen tot 1 keer het wettelijk tarief en de voorgeschreven geneesmiddelen.



Wat is niet verzekerd?

- kosten die gemaakt werden voor de aansluiting van het contract of tijdens de wachttijd van 3 maanden
- comfortkosten (water, televisie, telefoon ...) bij keuze voor een éénpersoonskamer
- esthetische verzorging of behandeling
- behandelingen van impotentie, kunstmatige inseminatie of in vitro bevruchting
- verzorging en behandeling van kaakbeen- en tandaandoeningen
- kosten ten gevolge van een inenting
- kosten gemaakt in een kuur-, bad-, herstellings- of gezondheidszorg; een rustoord; een rust- en verzorgingstehuis; een revalidatiecentrum; een MPI
- behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is
- kosten naar aanleiding van een gedwongen opname
- huur en aankoop van medisch technische hulpmiddelen (o.a. orthopedisch materiaal, brillen, hoorapparaten)
- kosten ten gevolge van oorlogsfeiten, opzettelijke daad, vrijwillige verminking of verzwaring van het risico, burgerlijke onlusten en oproer.



Zijn er dekkingbeperkingen?

- Max. vergoeding bedraagt € 57 049,06 per verzekeringsjaar.
- Buitenlandse opnames worden terugbetaald tot max. € 1140,98.
- Ereloonsupplementen bij keuze voor een éénpersoonskamer worden vergoed tot max. 2 keer het wettelijk tarief.
- Hospitalisaties voor borst- en/of maagverkleiningen met tussenkomst van de wettelijke ziekteverzekering, worden terugbetaald tot max. € 855,72 tijdens de eerste vijf jaar na aansluiting bij een gelijkaardige mutualistische verzekeraar. Na deze periode is de terugbetaling beperkt tot € 1711,46.
- De kamer- en ereloonsupplementen na keuze voor een éénpersoonskamer worden de eerste vijf jaar na aansluiting bij een gelijkaardige mutualistische verzekering niet vergoed indien het een hospitalisatie betreft die een gevolg is van een vooraf bestaande aandoening.
- De kamer- en ereloonsupplementen na keuze voor een éénpersoonskamer worden de eerste negen maanden na aansluiting bij een gelijkaardige verzekering niet vergoed indien het een hospitalisatie betreft die een gevolg is van een zwangerschap die ontstaan is voor de aansluiting.
- Psychiatrische opnames worden vergoed tot max. 730 dagen.
- Bij overstap van de hospitalisatieverzekering KliniPlan (of een gelijkaardige mutualistische verzekering) naar KliniPlanPlus is er een wachttijd van 3 maanden, waarbinnen de dekking van KliniPlan gewaarborgd blijft.
- Stapt u over van KliniPlan (of een gelijkaardige mutualistische verzekering) naar KliniPlanPlus, en is de zwangerschap ontstaan voor de aansluiting bij KliniPlanPlus, dan is de dekking van KliniPlan van toepassing tijdens de eerste 9 maanden na de aansluiting bij KliniPlanPlus.

Waar ben ik gedekt?

Voor alle hospitalisaties en ambulante kosten in België. In geval van een hospitalisatie buiten de Europese Economische Ruimte enkel indien de hospitalisatie een dringend en onvoorzien karakter heeft.

Wat zijn mijn verplichtingen?

- lid zijn van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds
- de aanvullende bijdrage betalen
- zich als gerechtigde of persoon ten laste inschrijven
- een verzekeringsvoorstel, medische vragenlijst en behoefteanalyse invullen en ondertekenen
- bij verandering van woonplaats of wijziging van de samenstelling van het mutualistisch gezin de verzekeraar schriftelijk verwittigen.

Wanneer en hoe betaal ik?

- De premie is verschuldigd op de jaarlijkse vervalddag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden en betaalbaar bij aanbieding van het vervalddagbericht of het verzoek om betaling.
- De premie kan betaald worden via jaarlijkse overschrijving of driemaandelijks storting via verplichte bankdomiciliëring.

Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het verzekeringscontract treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden en na betaling van de eerste premie. Het contract wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Het verzekeringscontract wordt beëindigd:

- bij het overlijden van de verzekeringnemer of verzekerde
- bij stopzetting van het lidmaatschap bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen
- bij stopzetting van het lidmaatschap binnen het mutualistisch gezin
- bij niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervalddag;
- drie maanden na het schrijven van de verzekeringnemer met de vraag de verzekering stop te zetten.
- bij uitsluiting in de aanvullende verzekering bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Hoe zeg ik mijn contract op?

Via een schrijven drie maanden voor de gewenste einddatum.

