

Hospitalisatieverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct / juni 2019

Onderneming: Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van Brabant (VMOBB), erkend door de Controledienst van de Ziekenfondsen onder het nummer 350/03 om verzekeringen van tak 2 (ziekte) en tak 18 (hulpverlening) aan te bieden / K.B.O. 0838.221.243
Centrale zetel: Zuidstraat 111, 1000 Brussel



VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ
VAN ONDERLINGE BIJSTAND VAN BRABANT - VMOBB

Hospimut

Dit document is uitsluitend bedoeld ter informatie. De volledige contractuele en precontractuele informatie wordt verstrekt met de algemene voorwaarden.

Welk soort verzekering is dit?

De Hospimutverzekering is een individuele verzekering met een vergoedend karakter die bedoeld is om de kosten die bij een ziekenhuisopname als gevolg van ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling zijn overgebleven, geheel of gedeeltelijk te vergoeden. De verzekering komt tegemoet bovenop de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGUV) en is bedoeld voor personen die hieraan onderworpen zijn.

Wat is verzekerd?

Tijdens de ziekenhuisopname:

- ✓ Verblifskosten: terugbetaling van het eigen aandeel van de patiënt en tegemoetkoming in de supplementen tot € 25 per dag
- ✓ Geneesmiddelen: terugbetaling van het eigen aandeel van de patiënt voor de geneesmiddelen met een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en van de gefactureerde prijs van de geneesmiddelen in categorie D
- ✓ Honoraria van de zorgverleners (persoonlijk aandeel van de patiënt en eventuele supplementen): tegemoetkoming tot 100% van de tegemoetkoming van de VGUV
- ✓ Implantaten en prothesen (behalve tandimplantaten en -prothesen) en viscosynthese- en endoscopiemateriaal, met of zonder tegemoetkoming van de VGUV: terugbetaling tot € 2.650 per ziekenhuisverblijf

Vrije keuze van ziekenhuis, kamertype en arts in België
Maximale tegemoetkoming van € 16.500 per verzekerde, per jaar en per opname
Jaarlijkse franchise van € 75 bij opname in een eenpersoonskamer

Wat is niet verzekerd?

- ✗ Ambulante zorg (verleend buiten een als dusdanig gefactureerd ziekenhuisverblijf)
- ✗ Opname op de dienst spoedgevallen (behalve wanneer dit onmiddellijk gevolgd wordt door een ziekenhuisopname) of in de gipskamer
- ✗ Dagopnames uitsluitend bedoeld voor dialyse
- ✗ Verblijven in rusthuizen, revalidatiecentra of -afdelingen, medisch-pedagogische instellingen of instellingen die uitsluitend bedoeld zijn voor de huisvesting van ouderen of kinderen
- ✗ Verblijven in andere psychiatrische diensten dan de diensten 340, 370 en 410, en verblijven van meer dan 30 dagen per jaar in de diensten 340, 370 of 410

Zijn er beperkingen aan deze dekking?

De verzekering betaalt de volgende verstrekkingen niet terug:

- ! ziekenhuisopnames die plaatsvinden voor aanvang van het contract of tijdens de wachttijd van 6 maanden (behalve bij een ongeval).
- ! supplementen van verblifskosten en erelonen gekoppeld aan de keuze van een eenpersoonskamer in de volgende gevallen:
 - ziekenhuisopname tijdens de eerste 3 jaar van het contract, naar aanleiding van een aandoening, verwonding of gebrekkigheid die reeds bestond voor aanvang van het contract;
 - ziekenhuisopname tijdens de eerste negen maanden van het contract als gevolg van een zwangerschap;
 - ziekenhuisopname in de dienst 300 (geriatrie), 340 (neuropsychiatrie voor kinderen), 370 (neuropsychiatrie), 410 (psychiatrie), 610, 620, 630, 640, 650 of 660 (specialiteiten).
- ! producten voor persoonlijke hygiëne en parafarmaceutische producten (thermometer, steunkousen ...).
- ! diverse kosten (comfortkosten, verblijf begeleider enzovoort).
- ! tenzij anders vermeld, de kosten zonder tegemoetkoming van de VGUV.
- ! esthetische zorg en behandelingen, behalve na een ongeval dat de verzekerde is overkomen na ingang van de waarborgen of die gedekt worden door de VGUV.
- ! alle soorten tandzorgen, behalve indien ze het gevolg zijn van een ongeval en voor de extractie van een wijsheidstand onder algemene anesthesie.
- ! ziekenhuisopnames als gevolg van ongevallen of ziekten ten gevolge van dronkenschap, alcoholisme of alcoholvergiftiging; een zelfmoordpoging of een vrijwillige daad; het gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs; professionele sportbeoefening; een grove nalatigheid van de verzekerde; oorlogsfeiten, burgeroorlog of gelijkaardige feiten; kernreacties; vrijwillige deelname aan gewelddaden van collectieve oorsprong en deelname aan een misdad of delict.



Waar ben ik gedekt?

Uitsluitend in België



Wat zijn mijn verplichtingen?

- Lid zijn van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant (FSMB), onderworpen zijn aan de VGVU en het recht op de voordelen van de aanvullende verzekering van de FSMB niet verloren hebben
- De verzekeringspremies betalen binnen de schriftelijk meegedeelde termijnen
- De verzekeraar op de hoogte brengen van elke adreswijziging
- Bij een schadegeval de aanvraag voor een tegemoetkoming indienen samen met de nodige formulieren en bewijsstukken en dit binnen een termijn van 3 jaar vanaf de dag van de zorgverstrekking
- De verzekeraar op de hoogte brengen van de identiteit van elke andere verzekeringsmaatschappij, elk ander statuut of anderzins, die de kosten geheel of gedeeltelijk voor zijn rekening kan nemen



Wanneer en hoe betaal ik?

De premie moet in één keer betaald worden (per overschrijving of domiciliëring) of driemaandelijks uitsluitend per domiciliëring. De betaaltermijnen worden per brief meegedeeld. De eerste betaling moet altijd per overschrijving worden uitgevoerd.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het contract wordt voor onbepaalde duur gesloten. Het begint te lopen op de eerste dag van de maand, volgend op de ontvangst door de VMOBB van het door de verzekeringnemer ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel, indien de (jaarlijkse of driemaandelijkse) premie betaald wordt binnen de schriftelijk meegedeelde termijn.

De dekking eindigt wanneer de verzekerde niet langer is aangesloten bij de FSMB, wanneer hij zijn recht op de voordelen van de aanvullende verzekering van de FSMB heeft verloren door niet-betaling van de bijdrage, of in geval van niet-betaling van de verzekeringspremie.



Hoe zeg ik het contract op?

Het verzekeringscontract kan op elk moment worden opgezegd per aangetekende brief of door afgifte van een opzegbrief tegen ontvangstbewijs, het contract eindigt na het verstrijken van een opzegtermijn van 3 maanden.