

Hospitalisatieverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct / Februari 2021

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 Plus

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 Hospimut Plus-verzekering is een individuele verzekering met een vergoedend karakter die is bedoeld 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 zijn onderworpen.

Wat is verzekerd?

Tijdens de ziekenhuisopname:

- ✔ Verblifskosten: terugbetaling van het eigen aandeel van de patiënt en tegemoetkoming in de supplementen tot € 150 per dag (€ 80 bij dagopname)
- ✔ Geneesmiddelen: terugbetaling van het eigen aandeel van de patiënt voor geneesmiddelen met een tegemoetkoming van de VGUV en de gefactureerde prijs van alle geneesmiddelen van categorie D
- ✔ Parafarmaceutische producten en andere leveringen zonder tussenkomst van de VGUV (bv: steunkousen, thermometers,...): terugbetaling van de gefactureerde prijs
- ✔ Honoraria van de zorgverstrekkers: terugbetaling van het eigen aandeel van de patiënt en terugbetaling van de supplementen tot 100% van de tegemoetkoming van de VGUV in dagopname en tot 300% van de tegemoetkoming van de VGUV bij een ziekenhuisopname van minstens een nacht
- ✔ Implantaten en prothesen en viscerosynthese- en endoscopisch materiaal: terugbetaling van de gefactureerde prijs
- ✔ Andere benodigdheden (gips, bloedtransfusie enz.): terugbetaling van de gefactureerde prijs
- ✔ In-vitrofertilisatie: tegemoetkoming ten belope van € 500/jaar in een eenpersoonskamer
- ✔ Comfortkosten (televisie, dranken enz.): terugbetaling bij opname in een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer, of bij dagopname
- ✔ Verblifskosten van een ouder aan het ziekbed van een kind van -19 jaar: terugbetaling tot € 25/dag

Vrije keuze van ziekenhuis, kamertype en arts

Er is geen terugbetalingsplafond.

Franchise van € 100 bij een ziekenhuisopname van minstens een nacht in een privékamer in ziekenhuizen die supplementen hanteren die meer dan 200% van de VGUV bedragen. De lijst is beschikbaar op www.fsmb.be.

Buiten de ziekenhuisopname:

- ✔ Dringend vervoer naar het ziekenhuis: tot € 250/jaar
- ✔ Verzorging en geneesmiddelen 30 dagen voor en 90 dagen na een ziekenhuisopname (erelonen: terugbetaling van het remgeld en de ereloonsupplementen ter waarde van eenmaal de tegemoetkoming van de VGUV – geneesmiddelen op voorschrift en met tegemoetkoming van de VGUV: terugbetaling van het remgeld)
- ✔ Kraamzorg: € 20/dag gedurende 7 dagen
- ✔ Thuisbevalling: eenmalig forfaitair bedrag van € 600
- ✔ Verblijf in een hersteloord: € 6,50/dag
- ✔ Thuisopvang kinderen bij ziekenhuisopname na een ongeval, een plotse en onvoorspelbare ziekte of een bevalling

Wat is niet verzekerd?

- ✘ Opname op de dienst spoedgevallen (behalve wanneer dit onmiddellijk gevolgd wordt door een ziekenhuisopname) of in de gipskamer
- ✘ Dagopnames uitsluitend voor dialyse
- ✘ Verblijven in rusthuizen, revalidatiecentra of -afdelingen, medisch-pedagogische instellingen of instellingen die uitsluitend bedoeld zijn voor de huisvesting van ouderen of kinderen
- ✘ Tandimplantaten en -prothesen
- ✘ 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 9 maanden van het contract als gevolg van een zwangerschap.
- ! zorg en geneesmiddelen 30 dagen voor en 90 dagen na een ziekenhuisopname in een dienst 300 (geriatrie), 340, 370 en 410 (psychiatrie), en 610 tot 660 (specialiteiten).
- ! 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.
- ! ziekenhuisopnames als gevolg van ongevallen of ziekten ten gevolge van dronkenschap, alcoholisme of alcoholvergiftiging; een zelfmoordpoging of 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 misdaad of delict.



Waar ben ik gedekt?

De dekking is van toepassing:

- op ziekenhuisopnames en ambulante zorg in België, onder de hierboven beschreven voorwaarden;
- op ziekenhuisopnames in het buitenland, voor in België gedomicilieerde verzekerden met een maximum van € 360/dag of € 20/dag bij een vooraf bestaande ziekte.



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 anderszins, 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 driemaandelijks) 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 bij 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.