

Beroepsgebonden hospitalisatieverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

AG

Belgische verzekeringsonderneming toegelaten onder code 0079



Dit informatiedocument geeft een overzicht van de belangrijkste dekkingen en uitsluitingen van deze verzekering. Dit document is niet gepersonaliseerd op basis van uw specifieke behoeften. De informatie die erin is opgenomen is niet exhaustief. De precieze omvang van de waarborgen en de tussenkomstlimieten staat in de algemene en bijzondere voorwaarden van het contract. Extra informatie over de gekozen verzekering en uw verplichtingen vindt u in de precontractuele en contractuele informatie over deze verzekering.

Welk soort verzekering is dit?

Een beroepsgebonden hospitalisatieverzekering is een aanvullende hospitalisatieverzekering bovenop de wettelijke tussenkomst van het ziekenfonds die een terugbetaling voorziet voor noodzakelijke medische kosten, tijdens de opname, maar ook, voor een bepaalde periode, bij de voor- en nabehandeling. De behandelingskosten voor een zware ziekte worden het hele jaar door terugbetaald, zelfs zonder hospitalisatie. Werkgevers met vestiging in België [maatschappelijke zetel of bijkantoor] kunnen deze verzekering afsluiten ten voordele van de werknemers/bedrijfsleiders die werkzaam zijn voor deze vestiging. Ook de gezinsleden van de werknemers/bedrijfsleiders kunnen, onder bepaalde voorwaarden, aansluiten bij deze verzekering.

Wat is verzekerd?

De hospitalisatieverzekering neemt bij medisch noodzakelijke hospitalisaties (ziekte, ongeval, bevalling, ...) de kosten ten laste waarvoor het ziekenfonds niet tussenkomt.

- ✓ **Hospitalisatie:** Terugbetaling van medische kosten (ereloon- en kamersupplementen, geneesmiddelen, vervoerskosten, rooming-in [verblijfskosten voor één van de ouders in de kamer van het kind], medisch materiaal en palliatieve zorgen) bij een ziekenhuisopname.
- ✓ **Pre- en post (voor- en nabehandeling):** Terugbetaling van de medische kosten in verband met een hospitalisatie, vanaf 1 maand voor de opname tot en met 3 maanden erna.
- ✓ **Zware ziekten:** Medische kosten voor de behandeling van 30 zware ziekten worden het hele jaar door terugbetaald, zelfs zonder hospitalisatie. Bovendien is de eventuele vrijstelling niet verschuldigd.
- ✓ **Dekking en bijstand in het buitenland:** Terugbetaling van dringende medische verzorging in het buitenland + extra diensten zoals opzoekings- en reddingskosten, repatriëring, ...
- ✓ **Opties:**
 - ✓ **Medi-Assistance:** AG betaalt de factuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. Tijdens en na de opname kan de verzekerde een beroep doen op bijkomende diensten zoals kinderopvang, huishoudhulp, ...
 - ✓ **Delta:** Deze waarborg voorziet o.a. een verdubbeling van de pre- en postperiode tot 2 en 6 maanden.

Wat is niet verzekerd?

- ✗ De kosten die het gevolg zijn van:
 - ✗ Esthetische zorg of behandeling.
 - ✗ Kuren en behandelingen zoals thermale baden, thalassotherapie, diëten.
 - ✗ Anti-conceptiebehandelingen.
 - ✗ Preventieve check-ups met uitzondering van een preventieve colonoscopie in een twee- of meerpersoonskamer.
- ✗ Medische kosten die volgen uit een 'zware fout' (bijv. roekeloos gedrag of gebruik en misbruik van alcohol of verdovende middelen), vallen buiten de dekking. Net zoals ziekten of ongevallen veroorzaakt door oorlogsfeiten of die het gevolg zijn van een actieve deelname aan oproer.
- ✗ Protheses, orthopedische toestellen, medisch materiaal en medische toestellen waarvoor geen wettelijke tussenkomst is, tenzij uw contract een dekking met een terugbetalingsplafond voorziet voor dit type kosten.
- ✗ In geval van laattijdige aansluiting: de behandeling van een al bestaande aandoening of zwangerschap die zich voordoet in het jaar volgend op de aansluitingsdatum.

Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Bij een thuisbevalling wordt een forfaitair bedrag terugbetaald.
- ! Bij een psychische aandoening wordt de terugbetaling beperkt tot een al dan niet onderbroken hospitalisatieperiode van maximum 2 jaar.
- ! In het contract kan een jaarlijkse vrijstelling opgenomen worden.
- ! Als uw contract een dekking voorziet voor protheses, orthopedische toestellen, medisch materiaal en medische toestellen zonder wettelijke tussenkomst, dan is er een algemeen terugbetalingsplafond voorzien per jaar en per verzekerde.
- ! Voor geneesmiddelen zonder wettelijke tussenkomst kan er een algemeen terugbetalingspercentage voorzien zijn per jaar en per verzekerde in de waarborgen 'Pre-en post (voor-en nabehandeling' en 'Zware Ziekten'.
- ! Bij de vruchtbaarheidsbehandelingen [IVF, IVM en ICSI] wordt de terugbetaling beperkt tot maximum 6 behandelingen. Een terugbetalingsplafond wordt toegepast per verzekerde en per verzekeringsjaar.



Waar ben ik verzekerd?

- ✓ De waarborg geldt wereldwijd op voorwaarde dat:
 - ✓ De verzekerde zijn hoofdverblijfplaats in België heeft en meer dan 9 maanden per jaar in België verblijft; en
 - ✓ De verzekerde de tegemoetkomingen van de Belgische sociale zekerheid geniet.
- ✓ Bij een hospitalisatie in het buitenland geldt het recht op prestatie op voorwaarde dat:
 - ✓ De opname een dringend en onvoorzienbaar karakter heeft, of er een voorafgaand akkoord met het ziekenfonds gesloten is.

Als een van deze voorwaarden niet vervuld werd, beperkt de tussenkomst zich tot 75 euro per hospitalisatiedag en tot 50% van de kosten vóór en na de hospitalisatie.



Wat zijn mijn verplichtingen?

- De werkgever moet de noodzakelijke inlichtingen van de aan te sluiten personen doorgeven zodra zij beantwoorden aan de aansluitingscriteria bepaald in de verzekeringsovereenkomst.
- Het acceptatiebeleid van het risico 'gezondheidszorg' bepaald door AG, maakt dat er mogelijk medische formaliteiten van toepassing zijn. Dit is bijv. het geval bij een laattijdige aansluiting als de personen niet aangesloten werden binnen de 3 maanden na de datum waarop ze konden aansluiten, en hun aansluiting dus later vragen.
- De werkgever moet aan AG de noodzakelijke inlichtingen doorgeven van de verzekerden van wie de aansluiting wordt beëindigd. In dat geval informeert hij de verzekerde over de mogelijkheid tot individuele voortzetting van de ziektekostenverzekering.
- De verzekerden moeten AG zo snel mogelijk op de hoogte brengen van een schadegeval. Dat kan digitaal of op papier. Als de verzekerde de derdebetalersregeling wil gebruiken, moet AG voor of tijdens de opname op de hoogte gebracht worden.
- Volgende behandelingen worden slechts terugbetaald als een akkoord vooraf van de adviserende arts kan voorgelegd worden: borstreconstructie, behandelingen van de mandibulae en kaaksbeenderen, bariatrische chirurgie, chirurgie voor de correctie van oogleden en chirurgie voor het herstel van de buik.



Wanneer en hoe betaal ik?

- Op elke vervaldag stort de werkgever aan AG de premies voor alle verzekerden, verhoogd met de kosten en belastingen. Deze storting gebeurt op basis van een borderel opgemaakt door AG.
- De premies zijn voor elke verzekerde betaalbaar vanaf de eerste dag van de maand van de aansluiting tot de laatste dag van de maand waarin de aansluiting wordt beëindigd.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

De verzekering wordt gesloten voor de duur van 1 jaar, te rekenen vanaf de aanvangsdatum. Op het einde van elk verzekeringsjaar wordt de verzekering stilzwijgend hernieuwd voor de duur van 1 jaar.

Voor de medewerker eindigt de aansluiting de dag waarop hij niet meer effectief aan het werk is bij de werkgever door de stopzetting of de schorsing van de arbeidsovereenkomst (o.a. ontslag, loopbaanonderbreking of eventueel tijdskrediet), de toetreding tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag, pensionering en uiterlijk op de eindleeftijd voorzien in het contract.



Hoe zeg ik mijn contract op?

Zowel de werkgever als AG kunnen de verzekering tenminste 3 maanden voor het einde van het verzekeringsjaar opzeggen. Dat kan via een aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

