

Belangrijk: dit informatiedocument heeft tot doel u een overzicht te geven van de belangrijkste dekkingen en uitsluitingen betreffende deze verzekering. Het document is niet gepersonaliseerd op basis van uw specifieke behoeften en de informatie die erin opgenomen is, is niet volledig. Voor alle bijkomende informatie betreffende de gekozen verzekering en uw verplichtingen kan u de precontractuele en contractuele voorwaarden betreffende deze verzekering raadplegen.

Welke soort verzekering is dit?

Een individuele hospitalisatieverzekering is een aanvullende ziektekostenverzekering waarbij de verzekeraar in geval van ziekte, zwangerschap, bevalling of ongeval, prestaties waarborgt met betrekking tot een medische behandeling die noodzakelijk is voor het behoud en/of het herstel van de gezondheid. De in dit document vermelde verzekerde bedragen en vrijstellingen worden geïndexeerd (index van de consumptieprijzen van november 2018) tenzij anders vermeld.



Wat is verzekerd?

- ✓ In geval van ziekenhuisopname in een erkend ziekenhuis of palliatieve zorginstelling na een ongeval, ziekte, zwangerschap of bevalling:
 - voor zover ze aanleiding geven tot een wettelijke tussenkomst van uw ziekenfonds, tot beloop van driemaal het bedrag van deze tussenkomst:
 - de verblijfskosten, met inbegrip van de supplementen voor een éénpersoonskamer;
 - de kosten voor medische en paramedische prestaties, de erelonen en ereloonsupplementen;
 - de geneesmiddelen, de kosten voor farmaceutische producten, verbanden, medisch materiaal en andere medische hulpmiddelen;
 - ongeacht of ze al dan niet leiden tot een wettelijke tussenkomst van uw ziekenfonds:
 - de verblijfskosten van een ouder in de ziekenhuiskamer van een kind minder dan 18 jaar (rooming-in) tot maximum € 30 per nacht;
 - de verblijfskosten van de donor in geval van een transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van u tot maximum € 1.500 per verzekerde en per jaar.
- ✓ De medische kosten met betrekking tot de ambulante zorgen verstrekt gedurende een periode van 60 dagen vóór en 180 dagen na de ziekenhuisopname, voor zover deze kosten in direct verband staan met deze ziekenhuisopname, tot beloop van driemaal de wettelijke tussenkomst van uw ziekenfonds.
- ✓ Ingeval van het zich voordoen van een van de 33 verzekerde ernstige ziekten (o.a. kanker, diabetes, ziekte van Alzheimer, multiple sclerose):
 - terugbetaling van de noodzakelijke ambulante medische kosten in de behandeling van de ernstige ziekte, zonder dat een ziekenhuisopname vereist is, tot drie keer de wettelijke tussenkomst van uw ziekenfonds;
 - na een ziekenhuisopname: vergoeding van een gamma niet-medische hulpverlening aan huis of esthetische producten die uw gezondheidstoestand kunnen helpen verbeteren, met een maximum van € 500 (niet-geïndexeerd) per verzekerde per jaar.
- ✓ Terugbetaling van de bijkomende medische kosten zoals de niet-vergoedbare geneesmiddelen, homeopathie, osteopathie en acupunctuur tot beloop van max. € 2.500 per verzekerde en per jaar.



Wat is niet verzekerd?

- x Esthetische behandelingen of verjongingskuren.
- x Ziektes of ongevallen die de verzekerde overkomen:
 - in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica, geneesmiddelen of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift;
 - ten gevolge van alcoholisme, verslaving of een overdreven gebruik van geneesmiddelen.
- x Sterilisatie, anti-conceptieve behandeling.
- x Sportbeoefening in de lucht of met gebruik van motorrijtuigen, alsmede de beroepshalve uitoefening van om het even welke sport.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! **Daghospitalisatie (one day clinic)**
De supplementen van erelonen en verblijfskosten in een éénpersoonskamer worden niet terugbetaald.
- ! **Wachttermijn**
Er geldt een wachttermijn van 3 maanden. Deze vervalt evenwel:
 - bij ongevallen;
 - bij een aantal acute besmettelijke ziekten (rode hond, mazelen, waterpokken, Covid-19, etc.);
 - voor de echtgeno(o)t(e) of de wettelijke samenwonende voor zover de aansluiting plaats heeft binnen de maand volgend op het huwelijk of de verklaring van wettelijk samenwonen;
 - voor de pasgeborene van een persoon die al verzekerd was, voor zover de aansluiting plaats vindt binnen de twee maanden volgend op de geboorte;
 - voor de personen die reeds een gelijkaardige verzekeringsdekking genoten op basis van een vorig contract, voor zover er drie maanden verstreken zijn sedert de aansluiting bij de vorige verzekering en er geen onderbreking van dekking tussen de twee contracten is.
- ! Voor de kosten verbonden aan een zwangerschap of een bevalling komen wij tussen op voorwaarde dat de zwangerschap is begonnen na de aanvangsdatum van de waarborg en nadat de wachttermijn is verstreken.
- ! **Gecertificeerde ziekenhuizen**
Er is een vrijstelling van € 300 van toepassing, als u kiest voor een eenpersoonskamer in een ziekenhuis dat niet door Ethias is gecertificeerd. De lijst met gecertificeerde ziekenhuizen wordt elk jaar op 1 januari geactualiseerd en is beschikbaar op ethias.be.



Waar ben ik verzekerd?

De verzekering is geldig in de hele wereld.



Wat zijn mijn verplichtingen?

- Bij het afsluiten van het contract moet u ons eerlijke, accurate en volledige informatie verschaffen over het te verzekeren risico. Het verzekeringsvoorstel moet worden vergezeld van een volledig ingevulde en ondertekende medische vragenlijst per te verzekeren persoon zodat wij het risico correct kunnen evalueren en eventueel voorbehoud kunnen formuleren wat betreft het recht op prestaties voor een aandoening, letsel of handicap die bestond voor de aansluiting op deze verzekering.
- Elke wijziging tijdens de looptijd van de overeenkomst die zich voordoet aan het verzekerde risico (o.a. wijzingen in de gezinssamenstelling zoals een geboorte, een huwelijk of overlijden), moet u ons melden.
- U moet ons zo snel mogelijk een ziekenhuisopname melden en ons vervolgens alle originele bewijsstukken (ziekenhuisfactuur, terugbetalingsattesten van het ziekenfonds, ontvangstbewijzen van de apotheker, ...) bezorgen. Een kopie is niet voldoende.



Wanneer en hoe moet ik betalen?

U hebt de verplichting om de premie jaarlijks voor de vervaldag te betalen en u ontvangt hiertoe een uitnodiging tot betaling. Een gesplitste premiebetaling is mogelijk tegen bepaalde voorwaarden en hier zijn eventueel bijkomende kosten aan verbonden.



Wanneer start en eindigt de dekking?

Deze hospitalisatieverzekering start op de in de bijzondere voorwaarden vermelde datum. De overeenkomst heeft een levenslange duurtijd.



Hoe zeg ik mijn contract op?

U kan de verzekeringsovereenkomst jaarlijks opzeggen via aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs mits inachtneming van een opzeggingstermijn van drie maanden voor de jaarlijkse vervaldag van de verzekering.