

Algemene info op 1 januari 2012

MAANDBEDRAGEN 2012 IN € ALLE HEFFINGEN INBEGREPEN

Volgens de leeftijd bij het begin van de aansluiting:

Van 0 tot 17 jaar	2,35
Van 18 tot 24 jaar	2,89
Van 25 tot 29 jaar	3,65
Van 30 tot 34 jaar	4,35
Van 35 tot 39 jaar	4,99
Van 40 tot 45 jaar	5,51
Van 46 tot 49 jaar	6,17
Van 50 tot 54 jaar	6,90
Van 55 tot 59 jaar	13,05
Van 60 tot 64 jaar	17,66

De bijdragen worden bepaald volgens de leeftijd op het ogenblik van de aansluiting bij Hospitalia Continuïteit.

In geval van overgang van Hospitalia of Hospitalia Plus naar Hospitalia Continuïteit, stemt de bijdrage van Hospitalia Continuïteit overeen met de bijdrage van de leeftijd op het ogenblik van de aansluiting bij één van deze twee producten.

DOEL VAN DE VERZEKERING

De zekerheid hebben dat u, zodra de hospitalisatieverzekering via de groepsverzekering van uw werkgever om welke reden dan ook eindigt, zult kunnen aansluiten bij Hospitalia of Hospitalia Plus, zonder medische vragenlijst, zonder wachttijd en zonder hogere bijdragen te moeten betalen omwille van uw aansluiting op latere leeftijd, mits indiening van het document 'Aanvraag voor een aansluiting of een transfer Hospitalia'.

Dankzij Hospitalia Continuïteit, krijgt u het saldo terugbetaald dat te uwen laste blijft na de tegemoetkoming van de collectieve hospitalisatieverzekering van uw werkgever (de franchise, de beperkingen en uitsluitingen) tot € 50 per dag ziekenhuisverblijf in België en in het buitenland.

AANVAARDING

U moet aangesloten zijn en aangesloten blijven in de verplichte verzekering en bij de aanvullende diensten bij één van de afdelingen Hospitalia: OZ (501) - Omnium (506) - Euromut (509) - Freie Krankenkasse (515) - Securex (516) - Partena OZV (526) - Partenamut (527), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Er zijn enkele statutaire uitzonderingen (zie onze afdelingen). Bovendien moet u verzekerd zijn door een collectieve hospitalisatieverzekering en het bewijs of, bij gebrek ervan, een verklaring op erewoord afgeven, om aangesloten te kunnen zijn bij Hospitalia Continuïteit tot ten hoogste 64 jaar, op basis van een document 'Aanvraag voor een aansluiting of een transfer Hospitalia' alsook van een 'Medische vragenlijst Hospitalia'.

Het is in uw belang om iedere wijziging van de samenstelling van uw gezin of van de verzekeringspolis bij uw werkgever, te melden aan de VMOB (Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 'Ziekenfonds van Hospitalisatiekosten') (bv. toevoegen van pasgeborenen of partner, schrappen van partner of kinderen die niet meer gedekt zijn).

Zodra de collectieve hospitalisatieverzekering van uw werkgever ophoudt te bestaan voor u of voor één van uw gezinsleden, moet u uw overgang naar Hospitalia of Hospitalia Plus aanvragen, om verder een hospitalisatieverzekering te kunnen genieten. Hospitalia Continuïteit is immers louter een toemaatje bovenop uw collectieve hospitalisatieverzekering. Verliest u die groepsverzekering, dan kan Hospitalia Continuïteit u niet meer terugbetalen.

De verzekering eindigt van rechtswege op de leeftijd van 65 jaar of zodra de verzekering van uw werkgever afloopt. U kan uiterlijk vóór uw 65e verjaardag uw overgang naar Hospitalia of Hospitalia Plus aanvragen. En dit, zonder wachttijd, zonder medische vragenlijst en zonder bijkomende premie, maar mits voorlegging van een attest van uw werkgever dat de collectieve verzekering bewijst sinds 6 maanden op de datum van de overgang.

Als het bewijs van de aansluiting ontbreekt, dan zal er een nieuwe medische vragenlijst moeten worden voorgelegd. De overgang zal zonder wachttijd gebeuren en de bijdragen zullen verhoogd worden in functie van de leeftijd op het ogenblik van de overgang.

In geval van aansluiting bij Hospitalia Continuïteit sinds minder dan 1 jaar, dan zullen de bijdragen ook verhoogd worden voor de transfers vanaf 46 jaar, behalve indien deze aansluiting het resultaat was van een overgang van Hospitalia of van Hospitalia Plus naar Hospitalia Continuïteit.

Voor de vooraf bestaande ziektes of aandoeningen of toestanden die ontdekt worden op het ogenblik van de aansluiting bij Hospitalia Continuïteit, zal een beperking gelden in geval van de aansluiting bij Hospitalia of Hospitalia Plus: geen terugbetaling van de supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer.

BIJKOMENDE AANSLUITING BIJ HOSPITALIA AMBULANT

Ieder lid dat aangesloten is in het kader van Hospitalia Continuïteit, kan vragen om aangesloten te worden bij de bijkomende dekking Hospitalia Ambulant, tot 59 jaar, op voorwaarde dat alle personen die reeds verzekerd worden door Hospitalia Continuïteit, erbij aansluiten en een medische vragenlijst invullen. Als de aanvraag aanvaard wordt, moet het lid een wachttijd vervullen van 6 maanden.

TERUGBETALINGSVOORWAARDEN VAN HOSPITALIA CONTINUÏTEIT

1. De wachttijd van 6 maanden beëindigd hebben. Deze wachttijd geldt niet bij een ongeval dat zich pas voordoet na de aansluitingsdatum (mits toestemming van de Medisch Adviseur) en als u uw gelijkaardige hospitalisatieverzekering van het type Hospitalia Continuïteit stopzet.
2. Een document 'Tegemoetkomingsaanvraag Hospitalia' invullen.
3. De afrekening van de tegemoetkoming van de collectieve hospitalisatieverzekering indienen samen met een kopie van de hospitalisatiefactuur, indien het lid deze ontvangen heeft.
4. Tijdens de periode waarin het lid de groepsverzekering geniet, zal Hospitalia Continuïteit de ziekenhuiskosten terugbetalen die niet gedekt worden door de groepsverzekering (franchise, beperkingen en uitsluitingen van het contract) naar rata van het saldo dat ten laste blijft (maximum € 50 per dag ziekenhuisverblijf van ten minste één overnachting in België en in het buitenland of voor een daghospitalisatie in België). Dit bedrag komt bovenop de tegemoetkoming die de groepsverzekering van de werkgever eerst moet toekennen.
5. Verjaring

De vordering tot betaling van verstrekkingen in het kader van de voordelen en elke andere vordering, afgeleid uit het verzekeringscontract, verjaren na 3 jaar, te rekenen vanaf de dag van de gebeurtenis die het recht geopend heeft. Dit recht zal beginnen te lopen vanaf het einde van de maand waarin het lid de ziekenhuisfactuur ontvangt. De 3e werkdag die volgt op de datum vermeld op de ziekenhuisfactuur wordt als 'ontvangstdatum' beschouwd.