

# AANVRAAG VOOR EEN NIEUWE AANSLUITING OF PRODUCTWIJZIGING



Stuur het ingevulde formulier op naar: **Partena Onafhankelijk Ziekenfonds, Sluisweg 2 bus 1, 9000 Gent** of deponeer het in een **Partena-brievenbus** in je buurt (voor locaties: [www.partena-kantoren.be](http://www.partena-kantoren.be)).



Aanvraag:  Nieuwe aansluiting  Productwijziging

Agentnummer:

Voor het beëindigen van uw verzekeringscontract(en) gebruikt u een ontslagformulier

## A. CONTACTGEGEVENS VERZEKERINGSNEMER (1 aansluitingsaanvraag per titularis)

1. Naam:

Voornaam:

Straat:  Nr.:  Bus:

Postnummer:  Gemeente:

Privé-telefoonnr.:  Gsm-nummer:

Geboortedatum:

2. E-mailadres dat gebruikt mag worden voor de communicatie over de aangegeven verzekering aan de verzekeringsnemer vermeld onder bovenstaand kader B. Het geven van een e-mailadres houdt de aanvaarding in dat er geen mededelingen toegestuurd worden op papier, van zodra alle communicatie elektronisch beschikbaar is:

3. Communicatietaal:  FR  NL  
(als u geen taal opgeeft, dan is de taal van dit formulier de communicatietaal)

4.  Rijksregisternummer  
of  
Kleefbriefje ziekenfonds aanbrengen

5. Financiële rekening - IBAN:  BIC:

Wijze van betaling:  maandelijkse domiciliëring  overschrijving per kwartaal

Partena Ziekenfonds werkt met Zoomit om het betalen voor u makkelijker te maken.

Ik wens mijn overschrijving of inningsplan via Zoomit te ontvangen.

6. **BETALER** (in te vullen, indien deze verschilt van de verzekeringsnemer)

Identiteit:

Straat:  Nr.:  Bus:

Postnummer:  Gemeente:

## 7. B. VERZEKERINGSNEMER EN VERZEKERDE(N)

| Naam en voornaam verzekerde(n) | Geslacht  | Geboortedatum |
|--------------------------------|---|---------------|
| <i>Verzekeringsnemer</i>       | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |               |
|                                | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |               |
|                                | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |               |
|                                | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |               |
|                                | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |               |
|                                | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V |               |



### C. BEHOEFTEANALYSE VOOR DE VERZEKERINGSNEMER EN VERZEKERDE(N) VERMELD ONDER KADER B

Voor een verzekering bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand 'MLOZ Insurance'. Deze analyse moet altijd voorafgaand aan de aansluiting gebeuren: Hospitalia, Hospitalia Plus en Hospitalia Continuïteit (10A) – Medicalia en Ambulant (10B) – Dentalia Plus (10C)

Om een passende verzekering te kunnen voorstellen, maken we een analyse van uw wensen en behoeften op basis van volgende vragen. We vestigen hierbij de aandacht op het risico van onderverzekering, oververzekering, meervoudige verzekering en een verkeerde verzekeringsdekking. Ons ziekenfonds heeft het statuut van verzekeringsagent die verbonden is met VMOB 'MLOZ Insurance' waardoor we enkel verzekeringscontracten van deze VMOB kunnen voorstellen.

8. U bent reeds gedekt door een verzekering:

|   | Naam verzekeraar* | Naam product* |
|---|-------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisatie |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Ambulante zorg |                   |               |
| <input type="checkbox"/> Tandzorg       |                   |               |

\* facultatief

9. Indien dit verschillend is voor de verzekeringsnemer of één van de verzekerde(n), gelieve dit hierna te vermelden:

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisatie |
| <input type="checkbox"/> Ambulante zorg |
| <input type="checkbox"/> Tandzorg       |

#### Aandachtspunten:

Indien u een hospitalisatieverzekering heeft bij een andere verzekeraar, maar u heeft nu een nieuwe voorafgaande aandoening, dan kunnen, op basis van de medische vragenlijst, de honoraria- en kamersupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer uitgesloten worden van betaling.

U bent op de hoogte dat een bevalling slechts volledig zal worden terugbetaald na 9 maanden van lidmaatschap bij onze hospitalisatieproducten. Na 6 maanden, wordt een terugbetaling voorzien, behalve voor de kamer- en honorariasupplementen in een eenpersoonskamer.

U wilt verzekerd worden voor één of meerdere producten:

10A. **Hospitalisatie**

U bent gedekt door een collectieve hospitalisatieverzekering via uw werkgever. U verkiest een continue dekking en dus zekerheid als uw huidige verzekering stopt (bijvoorbeeld bij ontslag, verandering van werk of pensioen). Bij het beëindigen van uw groepsverzekering kunt u aansluiten zonder nieuwe wachttijd, zonder nieuwe medische vragenlijst en zonder leeftijdsgebonden meerprijs aan bij Hospitalia (Plus). Bovendien wilt u genieten van terugbetalingen voor opnamekosten van maximum 50 euro per dag in aanvulling op uw groepsverzekering.

In het geval van een ziekenhuisopname geeft u de voorkeur aan volgend kamertype:

eenpersoonskamer       twee- of meerpersoonskamer

Wat betreft zorg voor en/of na een ziekenhuisopname, wilt u een waarborg die kosten:

van nazorg vergoedt       van voor- én van nazorg vergoedt

Wat betreft de kosten ten gevolge van een **zware ziekte**, kiest u ervoor om:

die NIET mee te verzekeren       die WEL mee te verzekeren

10B. **Ambulante verzorging (verzorging buiten een ziekenhuisopname of een daghospitalisatie):**

**Een verzekerde kan slechts bij één van beide verzekeringen van ambulante verzorging aangesloten zijn**

U wenst, bovenop de wettelijk voorziene tegemoetkoming:

De terugbetaling van 50% van uw remgeld voor medische consultaties, bezoeken en technische prestaties, de terugbetaling van 50% van uw geneesmiddelen en een tussenkomst in de aankoop van uw materiaal (tandprothesen, oogzorg, hoorapparaten, ...).

**OF**

De terugbetaling van 75% van uw remgeld voor medische consultaties, bezoeken en technische prestaties, de terugbetaling van 75% van het bedrag van uw sessies bij verstrekkers van alternatieve therapieën (o.a. psychotherapie, logopedie, osteopathie), een tussenkomst in de aankoop van uw materiaal (oogzorg en hoorapparaten) en een geboorteforfait van 250 euro per kind.

10C. **Tandverzorging**

Wat betreft kosten voor tandzorg wilt u, bovenop de wettelijk voorziene tegemoetkoming, graag terugbetalingen ontvangen voor preventieve en curatieve tandzorg, orthodontie, protheses, implantaten en parodontologie.

11. Andere specifieke vereisten of behoeften:

.....  
.....

U bevestigt alle gegevens te hebben meegedeeld die van invloed kunnen zijn op deze analyse.

#### D. CONTACT MET ADVIES

Gebruik dit kader als u de aanvraag invult samen met een klantenadviseur. Hij of zij vult het eerste deel van dit vak in bij het doornemen van de vragen. Enkel het tweede deel vult u als verzekeringsnemer in.

##### In te vullen door de klantenadviseur

Naam en voornaam van de klantenadviseur:

Op basis van voorafgaande analyse van de wensen en behoeften, adviseren we u volgend(e) verzekeringsproduct(en) van de VMOB 'MLOZ Insurance' voor de verzekeringsnemer en verzekerde(n):

Hospitalia Plus  Hospitalia  Hospitalia Continuïteit  Ambulant  Medicalia  Dentalia Plus

Indien dit verschillend is voor een of meerdere verzekeringsnemers, gelieve dit hierna te vermelden:

| Naam en voornaam verzekerde(n) | Gekozen product(en) |
|--------------------------------|---------------------|
| <i>Verzekeringnemer</i>        |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |

Motivatie van de klantenadviseur m.b.t. aangeraden producten (verplicht in te vullen veld):

.....

.....

.....

.....

.....

##### In te vullen door de verzekeringsnemer. Vink uw keuze aan

12.  Ik, de "verzekeringsnemer", volg het bovenstaande advies en wens aan te sluiten bij het (de) aangeraden verzekeringsproduct(en). Ik bevestig dat de inhoud van het verzekeringscontract dat ik gekozen heb, overeenstemt met mijn wensen en behoeften en dat ik uitdrukkelijk geïnformeerd werd over de reikwijdte en beperkingen van dit (deze) verzekeringsproduct(en). De algemene voorwaarden en de infofiche(s) van het (de) verzekeringsproduct(en) werden samen met de klantenadviseur op papier of op de website overlopen. Ik heb hiervan een exemplaar ontvangen, samen met alle nodige bijkomende informatie en werd verwezen naar de exacte plaats op de website waar de algemene voorwaarden te raadplegen zijn.  
**(Ga verder naar kader F)**
13.  Ik de, "verzekeringsnemer", volg het bovenstaande advies niet.  
**(Ga verder naar kader E)**

### E. CONTACT ZONDER ADVIES OF NIET GEVOLGD ADVIES

Vul dit gedeelte in als u geen contact had met een klantenadviseur (contact in een kantoor) of als u kiest voor (een) ander(e) product(en) dan wat de klantenadviseur u voorstelde: **Vink uw keuze aan**

14.  Ik, de "verzekeringnemer", heb de behoefteanalyse zelf ingevuld zonder advies van een klantenadviseur. Ik heb uitdrukkelijk kennis genomen van de algemene voorwaarden en de infofiche(s) van het (de) verzekeringsproduct(en) via een geschreven document of via de website over de reikwijdte en beperkingen van het (de) verzekeringsproduct(en) die overeenstemmen met de wensen en behoeften.
15.  Ik, de "verzekeringnemer", volg het bovenstaande advies niet en wens aan te sluiten bij de volgende verzekeringsproduct(en). Ik bevestig dat de inhoud van het verzekeringscontract dat ik gekozen heb, overeenstemt met mijn wensen en behoeften en dat ik uitdrukkelijk geïnformeerd werd over de reikwijdte en beperkingen van dit (deze) verzekeringsproduct(en). De algemene voorwaarden en de infofiche(s) van het (de) verzekeringsproduct(en) werden samen met de klantenadviseur op papier of op de website overlopen. Ik heb hiervan een exemplaar ontvangen, samen met alle nodige bijkomende informatie en werd verwezen naar de exacte plaats op de website waar de algemene voorwaarden te raadplegen zijn.
16. Ik, de "verzekeringnemer" en verzekerde(n), wil(len) aansluiten bij het (de) volgende verzekeringsproduct(en):
- Hospitalia Plus    Hospitalia    Hospitalia Continuïteit    Ambulant    Medicalia    Dentalia Plus

17. **Indien dit verschillend is voor één of meerdere verzekerde(n), gelieve dit hierna te vermelden:**

| Naam en voornaam verzekerde(n) | Gekozen product(en) |
|--------------------------------|---------------------|
| <i>Verzekeringnemer</i>        |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |
|                                |                     |

### F. OPGEMAAKT IN 1 EXEMPLAAR WAARVAN 1 KOPIE BESTEMD VOOR DE VERZEKERINGSNEMER

18. Ingevuld te:

19. Op:

20. 

| Verzekeringnemer                         | Handtekening |
|--|--------------|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |              |

**Handtekening klantenadviseur**

Door de ondertekening van deze aanvraag, bevestig ik dat ik heb kennisgenomen van de informatie betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer op pagina 5 van dit document. Ik verbind mij ertoe om de statuten van de VMOB na te leven. **Iedere weglating of opzettelijk onjuiste verklaring zal tot nietigheid van de aansluiting leiden.** Voor elke kandidaat voor de aansluiting bij de producten Hospitalia voeg ik, onder gesloten omslag ter attentie van de Medisch Adviseur, een individuele medische vragenlijst bij. Om mijn terugbetaling te vergemakkelijken, geef ik hierbij de VMOB toestemming om aan mijn ziekenfonds de gedetailleerde factuur te vragen die terugbetaald werd in de verplichte verzekering.

## Hoe vul ik het formulier in voor een aanvraag voor aansluiting of productwijziging?

De verzekeringnemer die wil aansluiten (of aangesloten wil blijven) bij de VMOB (Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand) 'MLOZ Insurance', kan dit enkel op voorwaarde dat hij bij de aanvullende diensten aangesloten is bij een van de volgende 5 afdelingen: OZ (501) - Omnimut (506) - Partenamut (509) - Freie Krankenkasse (515) - Partena Ziekenfonds (526), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

U kiest:

- de dekking voor hospitalisatie: Hospitalia, Hospitalia en Hospitalia Plus, Hospitalia Continuïteit.
- de dekking ambulante zorg: Ambulant of Medicalia
- de dekking tandzorg Dentalia Plus.

Voor elke nieuwe aansluiting of productwijziging staat een klantenadviseur ter beschikking om de juiste oplossing voor uw situatie te kiezen.

Vul een medische vragenlijst in voor een aansluiting bij de producten Hospitalia.

OPGELET: voor elke verzekerde moet een medische vragenlijst ingevuld worden.

Stuur al deze documenten naar uw ziekenfonds.

Er moet geen medische vragenlijst ingevuld worden voor Dentalia Plus of Medicalia en ook niet voor een overstap van de dekking van "Hospitalia en Hospitalia Plus" naar "Hospitalia" of "Hospitalia Continuïteit".

De communicatietalen van de VMOB zijn Nederlands, Frans, Engels en het Duits.

## Recht op terugbetalingen

Om een terugbetaling te kunnen krijgen voor een toegevoegd product, moet u een wachttijd van 6 maanden doorlopen, die begint te lopen op de datum van het product. Een 12 maanden durende wachttijd is voorzien voor Dentalia Plus voor de vergoeding van protheses, implantaten en orthodontie en voor Medicalia voor de uitbetaling van het geboorteforfait. Er is geen wachttijd in het geval van een ongeval, onder voorbehoud van goedkeuring van de medisch adviseur van de VMOB.

In geval van vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand (zoals zwangerschap) die bestaat op de datum van aansluiting en die een ziekenhuisopname veroorzaakt, is er, voor zover de wachttijd vervuld is, een beperkte tegemoetkoming met uitsluiting van de kamer- en honorariumsupplementen in een eenpersoonskamer voor Hospitalia en Hospitalia Plus, en voor Hospitalia Ambulant, door een weigering van de terugbetaling van de ambulante verstrekkingen die te maken hebben met die ziekte, aandoening of toestand.

In geval van bevalling tijdens de eerste 9 maanden van aansluiting bij het product, zal de bevalling beschouwd kunnen worden als het resultaat van een vooraf bestaande toestand. In dat geval, zullen de hospitalisatiekosten ten laste genomen worden, voor zover de algemene wachttijd vervuld is, met uitsluiting van kamer- en honorariumsupplementen, wanneer de verzekerde persoon kiest voor een verblijf in een eenpersoonskamer. Deze beperking is echter niet van toepassing indien de bevalling gebeurt na 9 maanden gecumuleerde aansluiting bij een gelijkaardige ziekenfondsverzekering en de verzekering Hospitalia samen.

## Regels voor de betaling van de bijdragen

De bijdrage is betaalbaar per kwartaal, halfjaar of jaar. Betaling per maand is mogelijk, mits bankdomiciliëring. Zij dient vooruitbetaald te worden, dit wil zeggen in ontvangst genomen vóór de 1e dag van de eerste maand van het trimester, semester of jaar of, in geval van maandelijks domiciliëring bij de bank, binnen de eerste 10 dagen van de maand, het kwartaal, het halfjaar of het jaar.

De verzekeringnemer die zijn bijdrage niet betaald heeft vóór de eerste dag van het kwartaal, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven, waarin hij gesommeerd wordt om zijn bijdragen te betalen binnen de 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de deponering van het aangetekend schrijven bij de post. Deze aanmaning informeert hem over de schorsing van de waarborg, indien hij niet op tijd betaalt. De aanmaning vormt het uitgangspunt van de termijn van 45 dagen die zal uitmonden in zijn ontslag van rechtswege.

---

Onderstaande aansluitingsaanvraag is een verzekeringsvoorstel dat noch de kandidaat-verzekeringnemer noch de VMOB verbindt tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst. De ondertekening van het voorstel brengt geen dekking met zich mee. Binnen de dertig dagen te dateren vanaf de ontvangst van het door u ingevulde voorstel, zal de VMOB u per brief op de hoogte brengen van:

- ofwel de aanvaarding via de aanvaardingsbrief (hierna begint de verzekeringsovereenkomst te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de VMOB de 'Aanvraag voor een aansluiting' en de 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft), met of zonder beperkingen voor de vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand;

- ofwel haar wens om, op vraag van de Medisch Adviseur van de VMOB, bijkomende informatie te bekomen op basis van de medische vragenlijst.

In het geval van een aanvraag voor bijkomende informatie, beschikt u over een termijn van vijfenveertig dagen om er gevolg aan te geven. Als deze termijn gerespecteerd wordt en er al dan niet een beperking van de tegemoetkoming voor vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand voorzien wordt, dan begint de verzekeringsovereenkomst te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de VMOB de 'Aanvraag voor een aansluiting' en de 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft.

Als deze termijn niet gerespecteerd wordt, dan zal de verzekeringsovereenkomst toch beginnen lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de VMOB de 'Aanvraag voor een aansluiting of productwijziging' en de 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft met een beperking van de tegemoetkoming voor vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand die vermeld staat op de medische vragenlijst.

Conform de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van de persoonsgegevens, zullen uw gegevens deel uitmaken van een automatische verwerking in het bestand van "MLOZ Insurance", de VMOB van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (voor de takken 2 en 18), Lenniksebaan 788 a, 1070 Brussel - RPR Brussel (422.189.629, CDZ-nr. 750/01) ten behoeve van een correcte dossierbehandeling en marketing.

We kunnen uw administratieve gegevens ook doorspelen aan onze partners tenzij je zich hiertegen verzet door dit hokje  aan te kruisen.

U mag uw gegevens inkijken, laten verbeteren of schrappen als je dat wenst met toepassing van de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van 8 december 1992.

# Dentalia Plus – Wachtijd

Exemplaar voor de klant

Datum aansluiting

7<sup>de</sup> maand

2de aansluitingsjaar

3de aansluitingsjaar

Na aanvaarding van de polis: onmiddellijk verzekerd bij ongeval. Geen tegemoetkoming voor andere tandzorg, behalve indien aanvaard zonder wachtijd of verkorte wachtijd (zie hieronder)\*.

Tegemoetkoming tot 350 euro per persoon voor preventieve & curatieve tandzorg en parodontologie.

Tegemoetkoming tot 650 euro per persoon voor alle tandzorg, met inbegrip van protheses, implantaten en orthodontie.

Tegemoetkoming tot 1.250 euro per persoon/jaar, ELK jaar opnieuw. Voor orthodontie, protheses, implantaten en parodontologie is het subplafond 1.050 euro per persoon/jaar. De overige 200 euro/persoon kan besteed worden aan curatieve en/of preventieve tandverzorging.

\* Bent u aangesloten bij een gelijkaardige privé- of groepsverzekering tandzorg? Of hebt u een tandzorgverzekering bij uw vorig ziekenfonds? We bekijken dan graag met u of de wachtijd van 6 of 12 maanden verkort kan worden voor uw situatie. Hiervoor bezorgt u ons een attest van uw vorige verzekeraar met duidelijke vermelding van de gekozen formule, aangesloten personen en begin- en einddatum.

# Medicalia – Wachtijd

Datum aansluiting

7<sup>de</sup> maand

2de aansluitingsjaar

Na aanvaarding van de polis: onmiddellijk verzekerd bij ongeval. Geen tegemoetkoming voor andere ambulante verzorging, behalve indien aanvaard zonder wachtijd of verkorte wachtijd (zie hieronder)\*.

Normale tegemoetkoming met een plafond van 1.500 euro en twee tussenplafonds van 600 euro, namelijk voor alternatieve therapieën en materiaal (oogzorg en hoorapparaten).

Forfaitaire tegemoetkoming van 250 euro bij een geboorte en een normale tegemoetkoming met een plafond van 1.500 euro en twee tussenplafonds van 600 euro, namelijk voor alternatieve therapieën en materiaal (oogzorg en hoorapparaten).

\* Bent u aangesloten bij een gelijkaardige ambulante privé- of groepsverzekering? Of hebt u een ambulante verzekering bij uw vorig ziekenfonds? We bekijken dan graag met u of de wachtijd van 6 of 12 maanden verkort kan worden voor uw situatie. Hiervoor bezorgt u ons een attest van uw vorige verzekeraar met duidelijke vermelding van de gekozen formule, aangesloten personen en begin- en einddatum.

# Hospitalia – Wachtijd

Datum aansluiting

7<sup>de</sup> maand

Na aanvaarding van de polis: onmiddellijk verzekerd bij ongeval (zonder medische oorzaak zoals een auto-ongeluk of valpartij). Geen tegemoetkoming voor andere opnames en ambulante verzorging tijdens de wachtijd van 6 maanden, behalve indien aanvaard zonder wachtijd of verkorte wachtijd (zie hieronder)\*.

Normale tegemoetkoming volgens uw Hospitalia-formule, uitgezonderd bij bevalling, en/of bij een vooraf bestaande aandoening/ziekte.

\* Bent u aangesloten bij een gelijkaardige privé- of groeps-hospitalisatieverzekering of verzekering ambulante verzorging? Of hebt u een hospitalisatieverzekering of verzekering ambulante verzorging bij uw vorig ziekenfonds? We bekijken dan graag met u of de wachtijd van 6 maanden verkort kan worden voor uw situatie. Hiervoor bezorgt u ons een attest van uw vorige verzekering met duidelijke vermelding van de gekozen formule, aangesloten personen en begin- en einddatum.

# Hospitalia – Wachtijd bij zwangerschap

Voor het bepalen van uw recht op terugbetalingen wordt rekening gehouden met de startdatum van uw opname in het ziekenhuis. Hieronder vindt u een schema van de wachttijden per maand, vanaf de aansluitingsdatum bij Hospitalia (na aanvaarding van uw polis).



## U hebt geen voorafgaande hospitalisatieverzekering:

Geen tegemoetkoming tijdens de wachtijd

Twee- of meerpersoonskamer:  
normale tegemoetkoming  
(Eenpersoonskamer: tegemoetkoming zonder terugbetaling van kamer- en honorariumsupplementen)

Normale tegemoetkoming

## U hebt een gelijkaardige individuele of groepshospitalisatieverzekering:

Om recht te hebben op onderstaande tegemoetkoming moet u, voorafgaand aan de aansluitingsdatum bij Hospitalia, minimum 6 maanden verzekerd zijn bij een gelijkaardige hospitalisatieverzekering.

Twee- of meerpersoonskamer: normale tegemoetkoming  
(Eenpersoonskamer: tegemoetkoming zonder terugbetaling van kamer- en honorariumsupplementen)

Normale tegemoetkoming

## U hebt een gelijkaardige hospitalisatieverzekering bij uw vorig ziekenfonds:

Om recht te hebben op onderstaande tegemoetkoming moet u minimum 9 maanden aangesloten zijn bij een gelijkaardige hospitalisatieverzekering. Bent u minder dan 9 maanden aangesloten bij de hospitalisatieverzekering van uw vorig ziekenfonds? Neem dan contact op met uw persoonlijke klantenadviseur.

| U wilt de verzekering | Uw voorgaande verzekering is gelijkaardig aan | U hebt recht op tegemoetkoming | Tegemoetkoming  | Normale tegemoetkoming |
|-----------------------|---|--------------------------------|---|------------------------|
| Hospitalia            | Hospitalia of Hospitalia Plus                 | Hospitalia                     | Hospitalia  |                        |
| Hospitalia Plus       | Hospitalia                                    | Hospitalia                     | Hospitalia Plus<br>• twee- of meerpersoonskamer: tegemoetkoming Hospitalia Plus<br>• eenpersoonskamer: tegemoetkoming Hospitalia Plus met maximaal kamersupplement tot 80 euro/dag en honorariumsupplement tot 100% |                        |
| Hospitalia Plus       | Hospitalia Plus                               | Hospitalia Plus                | Hospitalia Plus   |                        |