

Allianz Medical Plan

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

Allianz Benelux NV – Belgische verzekeringsonderneming – KBO nr. 0403.258.197

Comfort@Hospital

Dit informatiedocument heeft tot doel u een overzicht te geven van de belangrijkste dekkingen en uitsluitingen van deze verzekering. Dit document is niet afgestemd op uw individuele specifieke behoeften en de in dit document opgenomen informatie en verplichtingen zijn niet exhaustief. Voor alle bijkomende informatie betreffende de gekozen verzekering en uw specifieke verplichtingen kan u de precontractuele en contractuele voorwaarden betreffende deze verzekering raadplegen. Op www.allianz.be vindt u alle info over het product en ook uw verplichtingen en die van de maatschappij..

Welk soort verzekering is dit?

In geval van ziekte, ongeval, zwangerschap en bevalling, waarborgt de verzekering Hospitalisatie de betaling door de verzekeraar van prestaties voor een medische en/of heelkundige behandeling die noodzakelijk is voor het herstel van uw gezondheid.



Wat is verzekerd?

1. Basiswaarborg: Medische zorgen

Alle medische en paramedische kosten die rechtstreeks verband houden met de diagnose van een geneesheer, zijn verzekerd. Het gaat om de kosten van een hospitalisatie van minstens één nacht en een daghospitalisatie (one day clinic) in een erkend ziekenhuis. Wij komen tussen voor:

- ✓ verblijfskosten in een één-of tweepersoonskamer,
- ✓ erelonen voor medische en paramedische verstrekkingen,
- ✓ de kosten voor klinische biologie, radiologie en medische beeldvorming,
- ✓ prothesen en orthopedische toestellen,
- ✓ de kosten voor geneesmiddelen en medisch materiaal,
- ✓ wiegendoodtest voor zuigelingen,
- ✓ verblijfskosten van de donor tot beloop van 2.500€,
- ✓ verblijfskosten van een direct familielid in de ziekenhuiskamer van een kind jonger dan 14 jaar,
- ✓ medisch verantwoord transport (ziekenwagen of helikopter) in België,
- ✓ palliatieve zorgen.

2. Derde betaler

Dankzij uw AssurCard weet u of de hospitalisatie gedekt is door uw overeenkomst en hoeft u geen voorschot te betalen: het ziekenhuis stuurt de factuur rechtstreeks naar uw verzekeraar.



Wat is niet verzekerd?

1. Algemene essentiële uitsluitingen

- ✗ Oorlog, opstand, deelname aan een misdrijf, poging tot zelfdoding, alcoholisme en toxicomanie, betaalde sportbeoefening.

2. Belangrijkste uitsluitingen van de waarborg Hospitalisatie

- ✗ Tandzorg, stomatologie, orthodontie
- ✗ Esthetische zorgen en behandelingen
- ✗ Elke vorm van contraceptie en sterilisatie

3. Belangrijkste uitsluitingen van de waarborg Assistance

- ✗ Herstel en ziekte tijdens de behandeling
- ✗ In geval van terugval van een reeds bestaande ziekte met een risico op verergering
- ✗ Opzettelijk verblijf van de verzekerde buiten België om zorg te ontvangen



Wat is verzekerd? (vervolg)

3. Bijstand in het buitenland / repatriëring

- ✓ Bijstand in het buitenland en repatriëring naar België door Allianz Global Assistance en bijstand in België
- ✓ Spoedopname in het ziekenhuis in het buitenland terugbetaald
- ✓ Voorschot medische kosten
- ✓ Repatriëring van andere verzekerde gezinsleden
- ✓ Repatriëring in geval van overlijden
- ✓ Kosten voor opsporing en redding
- ✓ Verzenden van medicatie en apparatuur

Digitaal

Allianz Medical Plan is een digitale verzekering. De schadegevallen kunnen alleen ingegeven worden met de aangeleverde digitale tools.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Beperkingen van de waarborg in de tijd: psychische en neurologische aandoeningen, revalidatie en geriatrie
- ! Schadevrijstelling bepaald in de bijzondere voorwaarden. 85% van de kosten die u moet betalen worden terugbetaald
- ! Dagopnames worden terugbetaald volgens de tarieven van een tweepersoonskamer
- ! Voor de prothesen, de implantaten, medische technieken en behandelingen, medisch materiaal gebruikt tijdens de operatie en orthopedische toestellen, komen wij tussen tot beloop van 10.000€ per schadejaar:
 - Indien er een tussenkomst ZIV is: 100% van de kosten ten laste van de patiënt
 - Indien er geen tussenkomst ZIV is: 50% van de kosten ten laste van de patiënt
- ! Kosten die in het buitenland worden gemaakt, zijn beperkt tot € 100.000



Waar ben ik gedekt?

U bent gedekt in België en overal ter wereld afhankelijk van de voorwaarden van het contract. De kosten opgelopen tijdens een hospitalisatie in het buitenland worden terugbetaald, op voorwaarde dat het gaat om een dringende hospitalisatie.



Wat zijn mijn verplichtingen?

- ✓ Er zijn geen medische formaliteiten te vervullen bij de onderschrijving.
- ✓ Bij een hospitalisatie in het buitenland of in België, verloopt de schaderegeling veel vlotter bij snelle en volledige communicatie met uw verzekeringstussenpersoon en/of uw maatschappij (uiterlijk binnen de drie maanden na het schadegeval).



Wanneer en hoe betaal ik?

- ✓ De premie voor het personeelslid wordt betaald door uw werkgever.
- ✓ De tenlasteneming van de premie voor uw gezinsleden wordt bepaald in de Bijzondere Voorwaarden van het contract.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

- ✓ De dekking gaat in vanaf de onderschrijving van de overeenkomst (betaling van de eerste premie) of op het moment waarop uw werkgever uw aansluiting vraagt.
- ✓ De dekking eindigt wanneer de hoofdverzekerde
 - niet meer in dienst is bij de verzekeringnemer met een arbeidsovereenkomst of als zelfstandige,
 - kiest voor het pensioenstelsel of het 'stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag' (SWT),
 - de leeftijd van 65 jaar bereikt, behalve wanneer hij na die leeftijd nog effectief aan het werk is bij de werkgever.
- ✓ De dekking eindigt voor de gezinsleden wanneer de hoofdverzekerde de dekking niet langer kan genieten of wanneer de medeverzekerden hun aansluiting stopzetten.
- ✓ De aangeslotene die de hospitalisatiedekking heeft genoten in het raam van een overeenkomst die zijn werkgever heeft onderschreven en die dat recht verliest, kan de individuele voortzetting van de hospitalisatie-overeenkomst vragen.



Hoe zeg ik mijn contract op?

De verzekeringnemer, uw werkgever, kan de verzekeringsovereenkomst hospitalisatie opzeggen. Hij moet zijn verzekeraar schriftelijk op de hoogte brengen drie maanden voor de hoofdvervaldag van de overeenkomst of de aanvangsdatum van de overeenkomst.