

CM-Hospitaalplan

Informatiedocument over het CM-Hospitaalplan

Verzekeringsproduct aangeboden door de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, verzekeringsonderneming met maatschappelijke zetel te Brussel en toegelaten onder codenummer 150/01 om de tak 2 'ziekte' te beoefenen. Ondernemingsnummer 0851.601.503.

De volledige precontractuele en contractuele informatie over het CM-Hospitaalplan wordt verstrekt in de volgende documenten:

- informatieplicht en MiFID-gedragsregels en belangenconflictenbeleid;
- de verzekeringsaanvraag, de bijzondere voorwaarden en de algemene voorwaarden van het CM-Hospitaalplan zoals op www.cm.be/verzekeringen te raadplegen.



Welke soort verzekering is dit?

Het CM-Hospitaalplan is een facultatieve hospitalisatieverzekering die voorziet in een ruime dekking bij hospitalisatie ten gevolge van ziekte, ongeval of bevalling.

De verzekering komt daarnaast ook tussen in de medisch noodzakelijk ambulante kosten die gemaakt worden in de periode één maand voor het begin tot drie maanden na het einde van de gewaarborgde hospitalisatie. De verzekering bevat eveneens een waarborg voor de ambulante kosten die het gevolg zijn van een ernstige ziekte.



Wat is verzekerd?

- ✓ De basiswaarborg omvat de waarborg hospitalisatie, de waarborg pre- en posthospitalisatie en de waarborg ernstige ziekten.
- ✓ Het CM-Hospitaalplan vergoedt bij een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde hospitalisatie de in algemene voorwaarden vermelde medische noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand voor het begin tot drie maanden na het einde van de gewaarborgde hospitalisatie.
- ✓ De waarborg ambulante kosten ernstige ziekten geldt voor ambulante kosten die rechtstreeks in verband staan met de in de algemene voorwaarden vermelde ernstige ziekten waarvan de diagnose wordt bevestigd.
- ✓ Verder bevat het CM-Hospitaalplan een aantal bijzondere waarborgen die tegemoetkomingen voorzien door de in de algemene voorwaarden vermelde specifieke kosten zoals: rooming-in, donoren, vruchtbaarheidsbehandelingen, thuisbevalling, opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, voorafbestaande toestand, borstverkleiningen ...



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Tenzij anders vermeld, vergoedt het CM-Hospitaalplan enkel kosten waarvoor recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Kamersupplementen voor een verblijf op een eenpersoonskamer worden vergoed tot maximum 55 euro per dag.
- ! Honorariumsupplementen - in zoverre ze wettelijk mogen worden aangerekend - worden vergoed tot maximum 100% van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
- ! Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte worden tijdens de eerste vijf jaren van de aansluiting als volgt vergoed:
 - bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg;
 - bij keuze voor een eenpersoonskamer: volgens de basiswaarborg maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.
- ! Het recht op tegemoetkoming gaat in na een algemene wachttijd van drie maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.
- ! Er wordt enkel een franchise van 175 euro -per hospitalisatie- toegepast op de tegemoetkoming voor honorariumsupplementen bij verblijf op een eenpersoonskamer. De franchise kan maximaal 350 euro per kalenderjaar bedragen.





Waar ben ik gedekt?

- ✓ De dekking geldt wereldwijd. Voor alle kosten gemaakt buiten het Belgisch grondgebied is de vergoeding echter beperkt tot 500 euro per kalenderjaar en per verzekerde.



Wat zijn mijn verplichtingen?

De verzekerden moeten aangesloten zijn en blijven bij één van de Vlaamse CM-ziekenfondsen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de bijdragebetaling, overeenkomstig de betreffende statutaire bepalingen van het ziekenfonds.

De verzekeringsnemer dient de vereiste verzekeringsdocumenten te ondertekenen en de verschuldigde verzekeringspremie te betalen.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering, dient zichzelf én alle personen die bij hem of haar ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, aan te sluiten bij de verzekering.

De verzekerde die een aangifte wenst te doen van een schadegeval dient alle relevante stukken over het schadegeval over te maken aan de verzekeraar zoals beschreven in de algemene voorwaarden.



Wanneer en hoe betaal ik?

De verzekeringspremie is verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gekozen betaalwijze (overschrijving of domiciliëring).



Wanneer begint en eindigt de dekking?

De overeenkomst komt tot stand bij ondertekening door de verzekeringsnemer van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden en de eerste premiebetaling.

De dekking vangt aan op de aanvangsdatum en geldt levenslang, behalve bij opzegging door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in geval van fraude.



Hoe zeg ik mijn contract op?

De verzekeringsnemer kan de verzekering opzeggen per aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzegbrief tegen ontvangstbewijs.

'Aan deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend. Zij is louter indicatief bedoeld.'

Uitgifte: december 2018 - NL CM-Hospitaalplan

Heb je een klacht? Laat het ons weten via www.cm.be/klachten, mail naar verzekeringen@cm.be of contacteer een CM-medewerker. Met jouw reactie verbeteren we immers onze service. Wij garanderen een eerste reactie binnen de zeven dagen en de volledige behandeling van je klacht binnen de 30 dagen.

**Verzekeringsproduct aangeboden door de MOB Verzekeringen
CM-Vlaanderen, verzekeringsonderneming met maatschappelijke zetel
te Brussel en toegelaten onder codenummer 150/01 om de tak 2
'ziekte' te beoefenen. Ondernemingsnummer 0851.601.503.**



CM. Hoe gaat het met u?