

CM-Hospitaalplan

Informatiedocument over CM-Hospitaalplan

MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, verzekeringsonderneming met maatschappelijke zetel te Brussel, België. Toegelaten onder codenummer 150/01 om de tak 2 'ziekte' te beoefenen. Ondernemingsnummer 0851.601.503.



Dit informatiedocument geeft een overzicht van de belangrijkste voorwaarden, dekkingen en uitsluitingen van CM-Hospitaalplan. Het is niet gepersonaliseerd en de opgenomen informatie is niet exhaustief. Voor meer gedetailleerde precontractuele en contractuele informatie gelieve de verzekeringsaanvraag, de bijzondere voorwaarden en de algemene voorwaarden van CM-Hospitaalplan te raadplegen op www.cm.be/verzekeringen.

Welke soort verzekering is dit?

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

De verzekering komt 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.
- ✓ CM-Hospitaalplan vergoedt bij een door 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 CM-Hospitaalplan een aantal bijzondere waarborgen die tegemoetkomen in een aantal specifieke kosten: rooming-in, donoren, vruchtbaarheidsbehandelingen, thuisbevalling, hospitalisaties in een psychiatrisch ziekenhuis, voorafbestaande toestand, borstverkleiningen, zwaarlijvigheid, preventieve borstamputaties, tandzorg en verwijderen van wijsheidstanden.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Honoraria voor prestaties die wettelijk mogen worden aangerekend maar waarvoor geen terugbetaling is voorzien door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden vergoed tot 200 euro per hospitalisatie in zoverre ze niet vallen onder de algemene uitsluitingen van de verzekering.



Zijn er dekkingbeperkingen?

- ! Kamersupplementen voor een verblijf op een eenpersoons-kamer 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. Het gedeelte aangerekende supplementen boven dit percentage is ten laste van de verzekerde.
- ! Tijdens de eerste drie jaren van de aansluiting worden hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande toestand of ziekte 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.
- ! Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande zwangerschap worden tijdens de eerste negen maanden van aansluiting op bovenstaande wijze vergoed.
- ! Het recht op terugbetaling gaat in na een algemene wachttijd van drie maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.
- ! Er wordt enkel een franchise toegepast op de terugbetaling voor honorariumsupplementen bij verblijf op een eenpersoonskamer:
 - Bij daghospitalisatie bedraagt deze franchise 175 euro per hospitalisatie;
 - Bij klassieke hospitalisatie met overnachting bedraagt deze franchise 100 euro per hospitalisatie.Deze franchises zijn toepasbaar per hospitalisatie met een



Zijn er dekkingsbeperkingen?

maximum van 350 euro per kalenderjaar.
De franchises worden niet toegepast voor hospitalisaties omwille van een bevalling.



Waar ben ik gedekt?

- ✓ De maximale terugbetaling voor alle kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied is 1.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.



Wat zijn mijn verplichtingen?

De verzekerden moeten aangesloten zijn en blijven bij CM Vlaanderen voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de CM-bijdragebetaling.

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 tussen de verzekeringsnemer en verzekeraar overeengekomen 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 2023 - NL CM-Hospitaalplan



CM. Jouw gezondheidsfonds.