

Type verzekering

KBC-Hospitalisatieverzekering voorziet in een ruime dekking bij ziekenhuisopname wegens ziekte, ongeval of bevalling. Ook de kosten voor ambulante medische zorgen worden vergoed als de verzekerde lijdt aan een zware ziekte uit de lijst van 31 zware ziektes, zoals onder meer kanker, dementie, MS en diabetes. De volledige lijst van zware ziektes kan u verkrijgen bij uw KBC-tussenpersoon.

Doelgroep

Deze ziekteverzekering (tak 2) richt zich tot iedereen die zichzelf en zijn gezin wil beschermen tegen de financiële gevolgen van een ziekenhuisopname.

Dekkingen

- De kosten voor opname in een ziekenhuis: verblijf, raadplegingen, onderzoeken, honoraria, farmaceutische producten, prothesen,...
- Dagopname;
- Rooming-in (voor een ouder van een opgenomen kind);
- Thuisbevallingen (forfait van 625 euro);
- Aangepast medisch vervoer tot 1 250 euro;
- Verblijfskosten van een donor;
- ...

Omvang van de dekking

Volledige terugbetaling van de gewaarborgde kosten, aanvullend op de wettelijke ziekteverzekering. Bij opname in één van de dure ziekenhuizen vermeld in de Bijzonder Voorwaarden van de polis blijft 50% van het persoonlijk aandeel ten laste van de verzekerde als hij voor een kamer met supplementen voor de patiënt heeft gekozen. Deze beperking geldt niet indien gekozen wordt voor een waarborg twee- of meerpersoonskamer, maar de verzekerde, omwille van medische redenen, in een eenpersoonskamer verblijft. De beperkte lijst van dure ziekenhuizen kunt u opvragen bij uw KBC-tussenpersoon.

Waarborg twee- of meerpersoonskamer

Als de verzekerde kiest voor de waarborg twee- of meerpersoonskamer, worden nog steeds de reële kosten vergoed bij opname in een twee- of meerpersoonskamer. Kiest de verzekerde voor een opname in een eenpersoonskamer, dan zal slechts een forfaitaire vergoeding per dag worden uitgekeerd, met een maximum van de werkelijke factuur. Bij een medisch noodzakelijk verblijf in een eenpersoonskamer geldt deze forfaitaire regeling niet.

De vergoeding van de pre- en postkosten verandert niet.

De keuze voor deze waarborg twee- of meerpersoonskamer geeft recht op een belangrijke korting op de premie.

Voor en na opname

Tijdens een periode van twee maanden voor het begin van een verzekerde opname en zes maanden na het beëindigen ervan, worden ook de kosten vergoed voor ambulante medische verzorging die rechtstreeks in verband staat met de aandoening waarvoor men in het ziekenhuis opgenomen was.

Aanvaardingsvoorwaarden

Iedereen tot 70 jaar kan aansluiten voor zover de verzekerde zijn gewone verblijfplaats in België heeft en aangesloten is bij de Belgische sociale zekerheid. De overeenkomst eindigt zodra de verzekerde langer dan zes opeenvolgende maanden in het buitenland verblijft.

De aanvaarding kan worden afhankelijk gesteld van medische acceptatie (vragenlijst). De verzekering geldt levenslang en wereldwijd.

Aansluiting pasgeborenen

Er zijn geen medische formaliteiten voor pasgeborenen als aan de volgende voorwaarden voldaan is:

- Een van de ouders en de andere kinderen van het gezin zijn op de geboortedatum sedert minstens negen maanden verzekerd bij de verzekeraar.
- De verzekering voor de pasgeborene wordt afgesloten binnen de zestig dagen na de geboortedatum.

Tarief

Het tarief wordt bepaald op basis van de instapleeftijd.

Gezinskorting van 5% vanaf twee verzekerden en 10% vanaf drie verzekerden.

Indexatie van de premie

De premie wordt jaarlijks op de hoofdvervaldatum aangepast aan het maximum van de ontwikkeling van:

- de index der consumptieprijzen of;
- de specifieke medische indexcijfers zoals voorzien in artikel 204 van de Wet betreffende de Verzekeringen.

Franchise

De verzekerde kan kiezen voor een franchise van 0, 100, 200, 300 of 500 euro. Op basis van de gekozen franchise wordt een korting verleend op de premie.

Wachttijd

Er geldt geen wachttijd.

Voornaamste uitsluitingen: wat is niet verzekerd ?

Zoals bij elke verzekering zijn er ook hier uitsluitingen, onder andere:

- bestaande zwangerschappen op het moment van aansluiting bij de verzekering;
- de gevolgen of verwickelingen van een bestaande ziekte of ongeval dat gebeurde vóór de aansluiting;
- poging tot zelfmoord of geweldpleging door de verzekerde

Gratis Assurcard

Als u de KBC-Hospitalisatieverzekering ondertekent, krijgt u een Assurcard. Zo hoeft u in ziekenhuizen die met het systeem werken geen facturen meer te betalen. Na contactname met de opnamedienst, regelt KBC de betaling van de gewaarborgde kosten rechtstreeks met het ziekenhuis.

Bijkomende informatie

Deze productfiche bevat enkel marketinginfo die geldig was op het moment waarop ze werd opgesteld en kan wijzigen in de toekomst. De verantwoordelijke uitgever is KBC Verzekeringen. Ze bevat enkel een samenvatting van de productkenmerken. Uitgebreide informatie over dit product (zoals de toepasselijke uitsluitingen) is te vinden in de algemene voorwaarden, kosteloos verkrijgbaar via uw KBC-tussenpersoon of via www.kbc.be. Wij raden u aan om deze informatie door te nemen alvorens dit product te onderschrijven. Voor een offerte kunt u terecht bij uw KBC-tussenpersoon.

Op dit product is het Belgisch recht van toepassing.

Uw KBC-tussenpersoon is het eerste aanspreekpunt voor vragen en klachten. Bij klachten kunt u zich daarnaast wenden tot klachten@kbc.be, tel. 0800 620 84 (gratis) of de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, info@ombudsman.as. U behoudt evenwel steeds het recht om een gerechtelijke procedure in te leiden.