

Allianz Medical Plan

Informatiedocument over het verzekeringsproduct
Allianz Benelux NV – Belgische verzekeringsonderneming – KBO nr. 0403.258.197

**Package Comfort@Hospital
ComfortPlus@Home**

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. Gelieve voor alle bijkomende informatie over de rechten en plichten van de verzekeringsonderneming en de verzekerde de precontractuele en contractuele voorwaarden van het gekozen verzekeringsproduct te raadplegen.

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 de gezondheid. De verzekering 'Ambulante kosten' waarborgt de betaling van medische kosten buiten een ziekenhuisopname die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval, zwangerschap en bevalling. Het is een beroepsgebonden overeenkomst, onderschreven door een werkgever ten behoeve van zijn personeelsleden en hun gezin.



Wat is verzekerd?

1. Basiswaarborg ziektekosten - Hospitalisatie

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-, twee- of meerpersoonskamer,
- ✓ 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,
- ✓ Mortuariumkosten vermeld op de ziekenhuisfactuur,
- ✓ Cataractoperaties uitgevoerd in een extramurale omgeving (buiten een ziekenhuis),
- ✓ Palliatieve zorgen.



Wat is niet verzekerd?

1. Algemene essentiële uitsluitingen

- ✗ oorlog, opstand, deelname aan een misdrijf, poging tot zelf-doding, 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 conditie 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.

4. Belangrijkste uitsluitingen van de waarborg 'Ambulante Kosten'

- ✗ esthetische behandeling, parafarmaceutische producten,
- ✗ een wachttijd van negen maanden voor oog-, tand-, gehoor- en orthopedische prothesen, orthopedische toestellen en brillen en lenzen.

De bovenstaande lijst is niet exhaustief. Alle info krijgt u in de verzekeringsvoorwaarden van de overeenkomst op www.allianz.be of bij uw tussenpersoon.



Wat is verzekerd? (vervolg)

2. Derde betaler

Dankzij AssurCard weet de verzekerde of zijn hospitalisatie gedekt is door de overeenkomst en hoeft hij geen voorschot te betalen: het ziekenhuis stuurt de factuur rechtstreeks naar Allianz.

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.

4. Basiswaarborg ziektekosten - Ambulante Kosten

Wij komen tussen voor:

- ✓ Medische en paramedische kosten: doktersbezoek, kine, verpleegkundige verzorging, functionele re-educatie,
- ✓ Materiaal en prothese behalve voor tandzorg,
- ✓ Bijkomende onderzoeken medische beeldvorming, biomedische analyse, inspanningstest,
- ✓ Kosten voor geneesmiddelen, allopatisch en homeopatisch,
- ✓ Elke vorm van alternatieve geneeskunde: homeopathie, acupunctuur, osteopathie en chiropraxie.

5. Uitbreiding van de basiswaarborg:

Kosten voor tandverzorging/Preventie

- ✓ De kosten voor tandverzorging (die uitgesloten zijn van de waarborg 'Ambulante Kosten') verstrekt door een tandarts of een paradontoloog zijn verzekerd, alsook de kosten voor de orthodontische verzorging verstrekt door een specialist in de orthodontie aan kinderen die toestemming van het ziekenfonds hebben gekregen vóór de leeftijd van 15 jaar,
- ✓ De preventieve medische kosten zijn verzekerd: als de waarborg Ambulante kosten wordt onderschreven met een waarborg Hospitalisatie, geniet de verzekerde een tegemoetkoming in de preventieve prestaties voor opsporing, dieetopvolging, sport, ...

Digitaal

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



Zijn er dekkingsbeperkingen?

1. Belangrijkste dekkingsbeperkingen van de waarborg

'Hospitalisatie'

- ! Een beperking van de waarborg in de tijd is voorzien voor de psychische en neurologische aandoeningen, alsook voor de revalidatie en de geriatrie
- ! De schadevrijstelling is bepaald in de bijzondere voorwaarden
- ! De dagopnames worden terugbetaald op basis van de tarieven van een tweepersoonskamer
- ! Voor de cataractoperaties uitgevoerd in een extramurale omgeving komen wij tussen voor een maximum van € 600 per interventie en per oog
- ! Voor de prothesen, de implantaten, de nieuwe medische technieken en behandelingen, de medisch materiaal gebruikt tijdens de operatie en de orthopedische toestellen, komen wij tussen tot beloop van € 10.000 per schadejaar:
 - Indien er een tussenkomst van de Ziekte- en Invaliditeits-Verzekering is: 100% van de kosten ten laste van de patiënt
 - Indien er geen tussenkomst van de Ziekte- en Invaliditeits-Verzekering is: 50% van de kosten ten laste van de patiënt
- ! De kosten die in het buitenland worden gemaakt, zijn beperkt tot € 100.000

2. Belangrijkste dekkingsbeperkingen van de waarborg

'Ambulante Kosten'

- ! Kosten worden terugbetaald ten belope van 80% van de kosten ten laste van de patiënt
- ! Kosten in verband met de waarborguitbreiding voor 'tandverzorging' zijn beperkt per verzekerde en per kalenderjaar tot een bedrag bepaald in de bijzondere voorwaarden
- ! Voor de prothesen, de implantaten, de nieuwe medische technieken en behandelingen, de medisch materiaal en de orthopedische toestellen, komen wij tussen tot beloop van € 10.000 per kalenderjaar:
 - Indien er een tussenkomst van de Ziekte- en Invaliditeits-Verzekering is: 80% van de kosten ten laste van de patiënt
 - Indien er geen tussenkomst van de Ziekte- en Invaliditeits-Verzekering is: 50% van de kosten ten laste van de patiënt



Waar ben ik gedekt?

De dekking geldt 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 of voor ambulante kosten in het buitenland of in België, verloopt de schaderegeling veel vlotter bij snelle en volledige communicatie (uiterlijk binnen de drie maanden na het schadegeval).



Wanneer en hoe betaal ik?

- ✓ De premies voor de personeelsleden worden ten laste genomen door de werkgever.
- ✓ De premies voor hun gezinsleden worden ten laste genomen ofwel door de werkgever ofwel door de personeelsleden zoals bepaald in de Bijzondere Voorwaarden.



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 de werkgever de 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, medeverzekerden, wanneer de medewerker, hoofdverzekerde, het voordeel van de verzekering verliest of wanneer zij hun aansluiting stopzetten.
- ✓ De verzekerde die de hospitalisatie dekking heeft genoten in het raam van een beroepsgebonden verzekering en die dat voordeel verliest, kan een individuele voortzetting vragen. Het recht op individuele voortzetting geldt niet voor de waarborgen 'Ambulante ziektekosten'.



Hoe zeg ik mijn contract op?

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