

Beroepsgebonden Hospitalisatieverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

AG

Belgische verzekeringsonderneming toegelaten onder code 0079

AG Care Business



Dit informatiedocument geeft een overzicht van de belangrijkste dekkingen en uitsluitingen van deze verzekering. Dit document is niet gepersonaliseerd op basis van uw specifieke behoeften. De informatie die erin is opgenomen is niet exhaustief. De precieze omvang van de waarborgen en de tussenkomstlimieten staan in de algemene voorwaarden van het contract. Extra informatie over de gekozen verzekering en uw verplichtingen vindt u in de precontractuele en contractuele informatie over deze verzekering.

Welk soort verzekering is dit?

AG Care Business is een aanvullende hospitalisatieverzekering bovenop de wettelijke tussenkomst van het ziekenfonds die een terugbetaling voorziet voor noodzakelijke medische kosten, tijdens de opname, maar ook, voor een bepaalde periode, bij de voor- en nabehandeling. De behandelingskosten voor een zware ziekte worden het hele jaar door terugbetaald, zelfs zonder hospitalisatie. Werkgevers met vestiging in België [maatschappelijke zetel of bijkantoor] kunnen deze verzekering afsluiten ten voordele van de werknemers/bedrijfsleiders die werkzaam zijn voor deze vestiging. Ook de gezinsleden van de werknemers/bedrijfsleiders kunnen, onder bepaalde voorwaarden, aansluiten bij deze verzekering.



Wat is verzekerd?

AG Care Business neemt bij medisch noodzakelijke hospitalisaties (ziekte, ongeval, bevalling, ...) de kosten ten laste waarvoor het ziekenfonds niet tussenkomt.

- ✓ **Hospitalisatie:** Terugbetaling van medische kosten (ereloon- en kamersupplementen, geneesmiddelen, prothesen en orthopedische apparaten, vervoerskosten, rooming-in (verblijfskosten voor één van de ouders in de kamer van het kind), medisch materiaal en palliatieve zorgen) bij een ziekenhuisopname (incl. daghospitalisatie). Bij persoonlijke keuze voor een eenpersoonskamer blijft in een beperkt aantal ziekenhuizen 50% van de hospitalisatiefactuur ten laste van de patiënt, tenzij bijkomende waarborgen worden afgesloten:
 - ✓ De **Universitaire optie** voorziet een volledige terugbetaling bij een verblijf in een privékamer in alle universitaire ziekenhuizen.
 - ✓ De **Optie SL** zorgt voor een volledige terugbetaling bij een verblijf in een eenpersoonskamer in alle ziekenhuizen in België.
- ✓ **Pre- en post (voor- en nabehandeling):** Terugbetaling van de medische kosten in verband met een hospitalisatie, vanaf 1 maand voor de opname tot en met 3 maanden erna.
- ✓ **Zware ziekten:** Medische kosten voor de behandeling van 30 zware ziekten worden het hele jaar door terugbetaald, zelfs zonder hospitalisatie. Bovendien is de eventuele vrijstelling niet verschuldigd.
- ✓ **Dekking en bijstand in het buitenland:** Terugbetaling van dringende medische verzorging in het buitenland + extra diensten zoals opzoekings- en reddingskosten, repatriëring, ...
- ✓ **Opties:**
 - ✓ **Medi-Assistance:** AG betaalt de factuur rechtstreeks aan het ziekenhuis. Tijdens en na de opname kan de verzekerde een beroep doen op bijkomende diensten zoals kinderopvang, huishoudhulp, ...
 - ✓ **Delta:** Deze waarborg voorziet o.a. een verdubbeling van de pre- en postperiode tot 2 en 6 maanden.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ De kosten die het gevolg zijn van:
 - ✗ Esthetische zorg of behandelingen.
 - ✗ Experimentele of wetenschappelijk niet-beproefde behandelingen.
 - ✗ Tandheelkundige behandelingen, tenzij geneeskundig gemotiveerd door een andere aandoening dan de tanden of door een ongeval gedekt door de polis.
 - ✗ Kuren en behandelingen zoals thermale baden, thalassotherapie, diëten.
 - ✗ Anti-conceptiebehandelingen.
 - ✗ Preventieve check-ups of preventieve raadplegingen met uitzondering van preventieve colonoscopie in een tweepersoons- of gemeenschappelijke ruimte.
- ✗ De behandeling van een al bestaande aandoening of zwangerschap.
- ✗ Medische kosten die volgen uit een 'zware fout' (bijv. roekeloos gedrag of gebruik en misbruik van alcohol of verdovende middelen), vallen buiten de dekking. Net zoals ziekten of ongevallen veroorzaakt door oorlogsfeiten of die het gevolg zijn van een actieve deelname aan oproer.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Bij een thuisbevalling wordt een forfaitair bedrag terugbetaald.
- ! In een beperkt aantal ziekenhuizen blijft 50% van de hospitalisatiefactuur in een eenpersoonskamer ten laste van de patiënt, tenzij de werkgever de optie SL of Universitaire optie onderschreef.
- ! Voor de terugbetaling van geneesmiddelen zonder wettelijke tussenkomst kan er een algemeen terugbetalingsplafond voorzien zijn per jaar en per verzekerde.
- ! Bij een psychische aandoening wordt de terugbetaling beperkt tot een al dan niet onderbroken hospitalisatieperiode van maximum 2 jaar.
- ! In het contract kan een jaarlijkse vrijstelling opgenomen worden.
- ! Bij de vruchtbaarheidsbehandelingen (IVF, IVM en ICSI) wordt de terugbetaling beperkt tot maximum 6 behandelingen. Een terugbetalingsplafond wordt toegepast per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Waar ben ik verzekerd?

De waarborg geldt wereldwijd op voorwaarde dat:

- ✓ De verzekerde zijn hoofdverblijfplaats in België heeft en meer dan 9 maanden per jaar in België verblijft; en
- ✓ De verzekerde de tegemoetkomingen van de Belgische sociale zekerheid geniet.

Bij een hospitalisatie in het buitenland geldt het recht op prestatie op voorwaarde dat:

- ✓ De opname een dringend en onvoorzienbaar karakter heeft, of er een voorafgaand akkoord met het ziekenfonds gesloten is; en
- ✓ Er een wettelijke tussenkomst is.

De verzekerden hebben ook recht op bijstand zoals opzoekings- en reddingskosten, repatriëring, bezoek aan gezinsleden, ...

Wat zijn mijn verplichtingen?

- De werkgever moet de noodzakelijke inlichtingen van de aan te sluiten personen doorgeven zodra zij beantwoorden aan de aansluitingscriteria bepaald in de verzekeringsovereenkomst.
- Het acceptatiebeleid van het risico 'gezondheidszorg' bepaald door AG, maakt dat er mogelijk medische formaliteiten van toepassing zijn. Dit is bijv. het geval bij een laattijdige aansluiting als de personen niet aangesloten werden binnen de 3 maanden na de datum waarop ze konden aansluiten, en hun aansluiting dus later vragen.
- De werkgever moet aan AG de noodzakelijke inlichtingen doorgeven van de verzekerden van wie de aansluiting wordt beëindigd. In dat geval informeert hij de verzekerde over de mogelijkheid tot individuele voortzetting van de ziektekostenverzekering.
- De verzekerden moeten AG zo snel mogelijk op de hoogte brengen van een schadegeval. Dat kan digitaal of op papier. Als de verzekerde de derdebetalersregeling wil gebruiken, moet AG voor of tijdens de opname op de hoogte gebracht worden.
- Volgende behandelingen worden slechts terugbetaald als een akkoord vooraf van de adviserende arts kan voorgelegd worden: borstreconstructie, behandelingen van de mandibulae en kaaksbeenderen, bariatrische chirurgie, chirurgie voor de correctie van oogleden en chirurgie voor het herstel van de buik.

Wanneer en hoe betaal ik?

- Op elke vervaldag stort de werkgever aan AG de premies voor alle verzekerden, inclusief de kosten en belastingen. Deze storting gebeurt op basis van een borderel opgemaakt door AG.
- De premies zijn voor elke verzekerde betaalbaar vanaf de eerste dag van de maand van de aansluiting tot de laatste dag van de maand waarin de aansluiting wordt beëindigd.

Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

Zodra de medewerker niet langer effectief aan het werk is bij de werkgever door de stopzetting of de schorsing van zijn arbeidsovereenkomst, kan hij binnen een termijn van 30 dagen en onder bepaalde voorwaarden een aanvraag tot voortzetting doen. Als er geen voortzetting is, eindigt de dekking de dag waarop de medewerker niet langer effectief aan het werk is bij de werkgever.

Hoe zeg ik mijn contract op?

Op het einde van elk verzekeringsjaar kan de werkgever het contract stopzetten. Dat kan via een aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. In dat geval kan de verzekerde binnen de 30 dagen en onder bepaalde voorwaarden een aanvraag tot voortzetting doen.