



Wilt u ook een voordelige hospitalisatieverzekering?

Informatiefolder over de beroepsgebonden hospitalisatieverzekering van de FOD [FORCMS-AV-100 2018-2023]



Hospitalisatieverzekering

Wist u al dat uw werkgever, de Federale Overheid, haar personeelsleden de mogelijkheid biedt om aan voordelige voorwaarden een hospitalisatieverzekering af te sluiten?

Via een openbare aanbesteding, gaat de Federale Overheid voor u op zoek naar de meest voordelige premie. Lees snel verder en maak kennis met het unieke aanbod! Nieuwe personeelsleden kunnen tot 3 maanden na hun indiensttreding aansluiten zonder medische formaliteiten.

Waarom een hospitalisatieverzekering?

1 op 3 gezinnen wordt jaarlijks geconfronteerd met een ziekenhuisopname. U zult de meerwaarde van deze verzekering sterk voelen op vreugdevolle momenten, zoals bij de geboorte van een kind, maar nog meer in moeilijke periodes. De kost van een ziekenhuisopname is niet te verwaarlozen! Enkele voorbeelden:

- Een normale bevalling kost gemiddeld € 250 in een tweepersoonskamer of € 1800 in een éénpersoonskamer
- De plaatsing van een heupprothese kost € 800 in een tweepersoonskamer of € 3800 in een éénpersoonskamer

Wie is verzekerd?

Alle statutaire en contractuele personeelsleden kunnen aansluiten bij het plan onderschreven bij AG Insurance. Personeelsleden met pensioen kunnen aangesloten blijven bij de beroepsgebonden hospitalisatieverzekering. Elk personeelslid kan bovendien ook de aansluiting vragen voor zijn gezinsleden.

Zijn er medische formaliteiten?

Alle personeelsleden en hun gezinsleden kunnen aansluiten zonder medische formaliteiten, zonder wachttijden en zonder uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen, voor zover ze de aansluiting vragen binnen de 3 maanden na hun indiensttreding. Dit kan door het aansluitingsformulier terug te sturen naar uw personeelsdienst of sociale dienst. Wanneer de aansluiting later wordt aangevraagd, dient er een medische vragenlijst ingevuld te worden en is de aansluiting afhankelijk van de medische acceptatie. Bovendien zal men in dit geval pas na 10 maanden bij het plan aangesloten worden.

Wat is verzekerd?

U heeft de keuze tussen de basis formule en de uitgebreide formule. Bij de uitgebreide formule is ook de opname in een éénpersoonskamer gewaarborgd.

De basis formule

De waarborg hospitalisatie

In geval van een medisch noodzakelijke opname worden onder andere volgende kosten terugbetaald:

- verblijfskosten in een twee- of meerpersoonskamer, inclusief een dagopname, zonder toepassing van een vrijstelling in deze kamers;
- kosten voor medische en paramedische prestaties voor een tweepersoonskamer en gemeenschappelijke kamers;
- verblijf van één van de ouders bij het gehospitaliseerde kind tot € 50 per nacht;
- kosten voor geneesmiddelen;
- materiaalkosten;
- kosten van palliatieve zorg in het ziekenhuis;
- wiegendoodtest bij de zuigeling;
- verblijfskosten van de donor;
- kosten voor thuisbevalling, of poliklinische bevalling;
- kosten voor aangepast dringend vervoer naar het ziekenhuis;
- psychiatrische opnames voor een al dan niet onderbroken periode van maximaal 2 jaar;
- mortuariumkosten indien vermeld op de ziekenhuisfactuur.

De waarborg pre- en posthospitalisatie

In de periode van 2 maand vóór de opname tot 6 maanden na de opname worden onder andere volgende kosten terugbetaald:

- kosten voor medische en paramedische prestaties;
- kosten voor geneesmiddelen;
- kosten van de medische hulpmiddelen en prothesen;
- kosten van een behandeling in een revalidatiecentrum.

De waarborg zware ziekten

Worden eveneens terugbetaald, zonder beperking in de tijd en ongeacht of men hiervoor in het ziekenhuis wordt opgenomen: de kosten van ambulante zorg die rechtstreeks verband houden met 33 ernstige ziekten (inclusief de huur van materiaal), waaronder: kanker, leukemie, MS, aids, diabetes, ziekte van Crohn, mucoviscidose, ziekte van Alzheimer, ...



De uitgebreide formule

De waarborgen zijn dezelfde als in de basis formule, met bijkomend:

- dekking van de kamer- en ereloon-supplementen bij een verblijf om persoonlijke reden in een éénpersoonskamer;
- een vrijstelling per verzekerde en per kalenderjaar van € 250 indien u om persoonlijke redenen een éénpersoonskamer verkiest. Als een ziekenhuisopname over twee kalenderjaren verloopt, wordt de vrijstelling slechts één keer in aanmerking genomen. De vrijstelling wordt niet toegepast voor de medische ambulante kosten in geval van een zware ziekte.

Hoe wordt de terugbetaling berekend?

- Prestaties die aanleiding geven tot een wettelijke tussenkomst worden gewaarborgd tot 3 keer de wettelijke tussenkomst.
- Prestaties die geen aanleiding geven tot een wettelijke tussenkomst zijn gedekt tot een bedrag van € 3000 per verzekerde en per jaar.

Wat als u uw werkgever verlaat?

Na beëindiging van de aansluiting, kunnen u en/of uw gezinsleden een individuele verzekering bij AG Insurance afsluiten, op voorwaarde dat u de laatste 2 jaar ononderbroken aangesloten was bij een hospitalisatieverzekering.

In dit geval geniet u de volgende voordelen:

- u bent aangesloten zonder medische formaliteiten;
- er is geen wachttijd voor uw aansluiting;
- er gelden geen beperkingen of uitsluitingen om medische redenen voor gezondheidsproblemen die al bekend zijn op het ogenblik van uw aansluiting.

Raadpleeg de samenvatting van de polis op Fedweb of neem contact op met het callcenter van AG Insurance op **02/664 12 05** voor meer details

Hoe kan een ziekenhuisopname gemeld worden?

Breng AG Insurance op de hoogte

Via de website www.ag.be/hospi kan u **heel eenvoudig online aangifte doen** zodat de derdebetalersregeling Medi-Assistance geactiveerd kan worden. Indien nodig kan de aangifte ook telefonisch gebeuren via het telefoonnummer vermeld op het kaartje.

AG Insurance informeert u

Na de aangifte **ontvangt u snel een antwoord van AG Insurance**. Zo kan het dossier onmiddellijk aanvaard worden of wordt er bijkomende informatie gevraagd om het dossier te vervolledigen. Na aanvaarding van de ziekenhuisopname stuurt AG Insurance u en het ziekenhuis een bevestiging van de waarborgen, de aanvaarding en de derdebetalersregeling. Op dit document vindt u tevens **alle informatie terug over uw dossier** en hoe andere kosten gelinkt aan deze ziekenhuisopname kunnen doorgestuurd worden.

U wordt opgenomen

Op de dag zelf begeeft u zich naar het ziekenhuis en is **alle administratie in orde**, u hoeft zelfs geen kaartje meer voor te leggen. Het ziekenhuis werd al op de hoogte gebracht dat AG Insurance de factuur ten laste zal nemen. Het ziekenhuis kan in geen enkel geval nog een voorschot vragen.

Na de opname wordt de factuur automatisch betaald

Na de opname zal het ziekenhuis de factuur vervolgens automatisch naar AG Insurance sturen die de factuur **rechtstreeks aan het ziekenhuis betaalt**. U krijgt tot slot een schriftelijke bevestiging van deze betaling.

De derdebetalersregeling is niet van toepassing op de pre- en postkosten en op de kosten voor een zware ziekte. U kan hiervoor de terugbetaling vragen:

- Vul het document « aanvraag tot terugbetaling van medische kosten » in.
- Stuur het document samen met de bewijsstukken (vb. kopie van de terugbetalingsoverzichten van de mutualiteit, een factuur van de fysiotherapeut) naar AG Insurance.

Voor bijkomende informatie (of om onkosten online door te sturen) kan u ook steeds terecht op onze website www.ag.be/hospi.

Deze folder is slechts een samenvatting van het lastenboek en zal niet tegenstelbaar zijn aan AG Insurance ingeval ze strijdig is met de bijzondere en algemene voorwaarden van het plan.