

EEN HOSPITALISATIE- VERZEKERING AFSLUITEN

Waarop letten als je diabetes hebt?

Meer dan 70 % van de Belgen heeft een hospitalisatieverzekering. Deze verzekering dekt de kosten verbonden aan een ziekenhuisopname die niet worden terugbetaald door de wettelijke ziekteverzekering. Ook heel wat mensen met diabetes willen een hospitalisatieverzekering afsluiten, maar voor hen is dit niet altijd zo evident. In dit artikel zetten we enkele tips op een rijtje ...

Bron: Vlaams Patiëntenplatform

VERGELIJKEN IS DE BOODSCHAP

Als je een hospitalisatieverzekering wil afsluiten, vergelijk dan grondig verschillende polissen en verzekeringsvoorwaarden. Zaken waarop je moet letten zijn o.a.

- Zijn voorafbestaande aandoeningen gedekt?
- Wordt de ziekenhuisfactuur rechtstreeks betaald door de verzekeraar, of moet je zelf alles voorschieten?
- Zijn er ziekenhuisdiensten waarvoor een beperkte dekking geldt? Een terugbetaling voor een opname in een psychiatrische dienst is bv. vaak beperkt in tijd of in bedrag.
- Welke kosten worden vergoed voor de behandeling van een ziekte buiten een ziekenhuisopname ('ambulante' kosten)? Kom je hiervoor in aanmerking?
- Worden de medische behandelingen ook (volledig) vergoed als je voor een éénpersoonskamer kiest?
- Wat is de hoogte van de premie en hoe evolueert deze als je ouder wordt? Zal je premie later ook nog betaalbaar blijven?
- Komt de hospitalisatieverzekering tussen in kosten die je graag gedekt zou zien bv. tandzorg?

Tips:

- Heb je zelf weinig tijd om de verschillende verzekeringen te vergelijken, doe dan beroep op een verzekeringsmakelaar. Kies voor een makelaar die contacten heeft met verschillende maatschappijen en laat hem duidelijk motiveren waarom hij een bepaald contract voor jou het meest geschikt vindt.
- Sluit tijdig een hospitalisatieverzekering af. Als je op oudere leeftijd instapt, zal ook de premie vaak levenslang duurer zijn.
- Pasgeborenen kunnen zonder medische vragenlijst of onderzoek opgenomen worden in de hospitalisatiepolis van de ouders. Je moet dan wel binnen een bepaalde periode (meestal 30 dagen) de verzekeraar op de hoogte brengen dat je het kind wenst op te nemen in de polis en als ouder zelf lang genoeg zijn aangesloten bij de hospitalisatieverzekering (zie polis).
- Hospitalisatieverzekeringen bieden soms ook terugbetalingen buiten een ziekenhuisopname, wat men 'ambulante' kosten noemt. Dit is per hospitalisatieverzekering verschillend. Informeer bij je eigen hospitalisatieverzekering wat ze voor jou doen en onder welke voorwaarden.

INDIVIDUELE PRIVATE HOSPITALISATIE-VERZEKERING

Indien je een hospitalisatieverzekering wil afsluiten zal doorgaans gevraagd worden om een medische vragenlijst in te vullen. Veel private verzekeringsmaatschappijen zullen op basis hiervan de tussenkomst voor alle voorafbestaande aandoeningen uitsluiten, of indien ze deze toch dekken, een forse bijpremie vragen. Sinds 2007 is er een wet actief die bepaalt dat verzekeraars geen personen met een reeds bestaande chronische aandoening mogen weigeren voor ziektekostenverzekeringen. De premie die wordt aangerekend voor een persoon met een chronische aandoening moet ook gelijk zijn aan de premie voor eenzelfde persoon zonder chronische ziekte. Addertje onder het gras: de verzekeraar mag alle kosten die verband houden met de reeds bestaande aandoening uitsluiten! De uitsluiting van de kosten die betrekking hebben op de aandoening, moeten voor het afsluiten van de verzekering duidelijk in het verzekeringscontract beschreven staan. Als je een dergelijke verzekering afsluit, hou er dan rekening mee dat je niet voor alle risico's gedekt bent en dat er in bepaalde omstandigheden ook discussie mogelijk is of de hospitalisatieverzekering al dan niet moet tussenkomen.

Tips:

- Laat de beschrijving van de uitgesloten kosten nalezen door je arts, zodat de uitsluitingen enkel de kosten betreffen die te maken hebben met je diabetes.
- Een mogelijke uitzondering op het uitsluiten van voorafbestaande aandoeningen is verzekeraar KBC. KBC vermeldt het volgende over voorafbestaande toestanden in hun individuele polis: *'Indien de bestaande ziekte, het lichaamsgebrek of het ongeval uitdrukkelijk vermeld werd in de correct ingevulde medische vragenlijst, zijn de gevolgen of verwickelingen verzekerd vanaf het derde jaar na de aansluiting van de verzekerde, tenzij het anders bepaald is in de bijzondere voorwaarden of een bijvoegsel'*. Informeer je goed wat dit voor jou specifieke situatie betekent.

Eens je een individuele hospitalisatieverzekering hebt afgesloten, heeft de verzekeraar de verplichting om je levenslang onder dezelfde voorwaarden te blijven verzekeren. Dit is ook zo als je een bijkomende aandoening of handicap krijgt na het afsluiten van de verzekering. De verzekeraar kan de verzekering dus niet opzeggen of een extra premie vragen

omwille van een bijkomende aandoening. Als verzekerde kan je wel de verzekering jaarlijks opzeggen. Ook als je in een gezinspolis bent opgenomen, heb je recht op een individuele voortzetting als je bv. als ex-partner of als kind de woning verlaat. De wet voorziet hier een duidelijk procedure.

Tips:

- Zeg je een hospitalisatieverzekering op, besef dan goed dat de verzekeraar niet verplicht is om je nadien onder dezelfde voorwaarden opnieuw een hospitalisatieverzekering aan te bieden.
- Wil je op individuele basis de verzekering verderzetten (bv. omdat je de woning verlaat), informeer je dan goed over de specifieke procedure.

BEROEPSGEBONDEN COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING

In het kader van een arbeidsovereenkomst bestaat dikwijls de mogelijkheid om in een beroepsgebonden collectieve hospitalisatieverzekering te stappen, de zogenaamde 'groepshospitalisatieverzekering'. Het contract wordt afgesloten door de werkgever en biedt een waarborg (meestal zonder medische vragenlijst) voor de werknemer en eventueel hun gezinsleden. Doorgaans worden voorafbestaande aandoeningen zoals diabetes niet uitgesloten. Lees altijd goed de polis na om te zien wat de specifieke voorwaarden van jouw hospitalisatieverzekering zijn en vraag eventueel deskundige uitleg.

Een dergelijke groepspolis loopt niet automatisch verder bij het beëindigen van het arbeidscontract, maar een individuele voortzetting (zonder medische vragenlijst) kan wel onder bepaalde strikte voorwaarden. Zo moet je (normaal) minstens twee jaar aangesloten zijn bij de collectieve hospitalisatieverzekering. Dit recht op individuele voortzetting geldt ook voor je partner en kinderen die meeverzekerd zijn. Ook wanneer zij het voordeel van de groepsverzekering verliezen, bv. wanneer je kinderen alleen gaan wonen, kunnen zij het recht op individuele voortzetting doen gelden. Hou er wel rekening mee dat de premie voor de individuele verzekering die je op eigen houtje verderzet, hoger is dan de premie binnen een groepsverzekering. Ook je leeftijd zal op dat moment een invloed hebben op de premie.

HOSPITALISATIEVERZEKERING VIA DE MUTUALITEIT

Doorgaans bieden de hospitalisatieverzekeringen van de ziekenfondsen wel een oplossing voor personen met diabetes. Zij bieden een (gedeeltelijke) dekking bij ziekenhuisopname voor een voorafbestaande aandoening, al zijn ze hier wettelijk niet toe verplicht. Elke hospitalisatieverzekering heeft zijn eigen specifieke polis. Het VPP (Vlaams Patiënten Platform) heeft voor het vierde jaar op rij de hospitalisatieverzekeringen van de mutualiteiten vergeleken (zie Tabel 1). In deze vergelijking wordt er vooral gefocust op de dekking voor voorafbestaande aandoeningen.

Tabel 1 - Hospitalisatieverzekeringen bij het ziekenfonds: voorwaarden bij voorafbestaande aandoeningen (2015)

ZIEKENFONDS	HOSPITALISATIE-VERZEKERING	VOORWAARDEN
Christelijke Mutualiteiten	Hospitaalplan	<ul style="list-style-type: none"> · Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer. · Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloon-supplementen tijdens de eerste 5 jaren van aansluiting uitgesloten.
Socialistische Mutualiteiten	KliniPlan & KliniPlanPlus (1)	
Liberale Mutualiteiten	Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	
Socialistische Mutualiteiten	Hospimut & Hospimut Plus (2)	<ul style="list-style-type: none"> · Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer. · Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloon-supplementen tijdens de eerste 3 jaren van aansluiting uitgesloten.
Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Partena OZV, Securex, OZ, Freie Krankenkasse, Partenamut, Omnimut)	Hospitalia & Hospitalia Plus	<ul style="list-style-type: none"> · Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer. · Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloon-supplementen ofwel de eerste 5 jaren van aansluiting ofwel altijd uitgesloten. De verzekerde kan na afloop van 5 jaar vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch verslag.
Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen (Vlaams & Neutraal Ziekenfonds en Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen)	VNZ: HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlus, AmbuPlus	<ul style="list-style-type: none"> · Integrale vergoeding volgens de basiswaarborg bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer. · Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende ereloon- en kamersupplementen ofwel de eerste 3 jaren van aansluiting ofwel altijd uitgesloten. De beslissing over deze duur (drie jaar of altijd) wordt genomen door de raadgevend geneesheer.

- (1) KliniPlan en KliniPlanPlus worden aangeboden door de Bond Moyson Oost-Vlaanderen, Bond Moyson West-Vlaanderen, De Voorzorg Antwerpen, De Voorzorg Limburg
 (2) Deze verzekeringen worden aangeboden door de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant

Tips:

- De meeste hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten bieden een waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten aan. Het verschilt van mutualiteit tot mutualiteit of de verzekerde ooit recht heeft op de voorgaande waarborg indien de ernstige ziekte al bestond vóór de aansluiting tot de hospitalisatieverzekering.
- De wijzigingen in de nieuwe hospitalisatieverzekeringen van de mutualiteiten brengen met zich mee dat vroegere beperkingen (bv. forfaitaire vergoedingen voor hospitalisatie) in bepaalde polissen wegvallen. Indien je je reeds vóór 1 januari 2012 hebt aangesloten bij de hospitalisatieverzekering van je mutualiteit, informeer je je best via die weg.

MEER WETEN?

Lees de brochure 'Verzekeringen' van het VPP (zie www.vlaamspatiëntenplatform.be en klik door op publicaties). De vergelijking van de hospitalisatieverzekeringen van de mutualiteiten kan je ook op deze site terugvinden. Aarzel ook niet om bij vragen contact op te nemen met de Diabetes Infolijn (0800/96 333 of infolijn@diabetes.be).

De meeste hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten bieden een WAARBORG AMBULANTE KOSTEN VOOR ERNSTIGE ZIEKTEN aan.

Indien je voor de eerste keer een hospitalisatieverzekering via een van de mutualiteiten afsluit, hou dan wel rekening met een wachttijd van 3 tot 6 maand. In deze periode kun je geen aanspraak maken op een vergoeding volgens de vermelde voorwaarden.