

Hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten 2013: dekking voorafbestaande aandoening of ziekte

Sinds 1 januari 2012 vallen de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten onder dezelfde wetgeving als de private verzekeringsondernemingen. Voorheen hadden zij een aparte wetgeving en waren zij in tegenstelling tot private verzekeraars verplicht om een (beperkte) dekking aan te bieden voor voorafbestaande aandoeningen of ziekten.

Een voorafbestaande ziekte of aandoening is een gezondheidsprobleem dat aanwezig is tijdens het afsluiten van een hospitalisatieverzekering en dat je dus op je medische vragenlijst dient te vermelden. Het gaat niet over ziekten of aandoeningen die je tijdens de looptijd van verzekeringscontract gekregen hebt.

De nieuwe wetgeving heeft als gevolg dat de hospitalisatieverzekering van mutualiteiten niet langer verplicht zijn om een (beperkte) dekking voor voorafbestaande ziekten of aandoeningen op te nemen in hun polissen. Zij hebben met andere woorden nu de vrije keuze of zij een dergelijke willen aanbieden of niet. De overheid heeft evenwel besloten om binnen hospitalisatieverzekeringen de solidariteit met personen met een voorafbestaande ziekte of aandoening aan te moedigen. Zij voorziet een vrijstelling van de jaarlijkse taks voor hospitalisatieverzekeringen, die een dekking voor de kosten van voorafbestaande aandoeningen bieden. Om te kunnen genieten van deze taksvrijstelling moet een hospitalisatieverzekering aan de volgende criteria voldoen¹:

- de verzekering is toegankelijk voor alle kandidaat-verzekerden die de leeftijd van 65 jaar nog niet bereikt hebben;
- in de waarborgen, die de verzekering biedt, worden kosten van voorafbestaande ziekten of aandoeningen niet uitgesloten. De enige uitzondering die hieromtrent toegelaten zijn, zijn de uitsluiting of beperking van supplementen bij het verblijf in een eenpersoonskamer;
- personen met een voorafbestaande aandoening of ziekte moeten geen bijpremie betalen;
- de verzekeringsovereenkomst mag geen wachtpriode van meer dan 12 maanden voorzien.

Deze vrijstelling van taks heeft er voor gezorgd dat de hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten nog steeds kosten van voorafbestaande aandoeningen (beperkt) dekken. Het Vlaams Patiëntenplatform maakte daarom voor de polissen van 2013 een vergelijking op basis van de volgende vragen:

1. Op welke manier vergoedt de hospitalisatieverzekering een hospitalisatie ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte?
2. Komt een voorafbestaande aandoening of ziekte in aanmerking voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten?

Naast deze twee dekkingen, zijn de volgende elementen ook belangrijk om hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten te vergelijken als je een voorafbestaande aandoening hebt:

¹ Wet van 18 april 2010 tot invoering van een vrijstelling van de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen ten voordele van de ziektekostenverzekeringen die een hoog niveau van bescherming aanbieden

- Voor welke ziekenhuisdiensten wordt de tussenkomst beperkt in bedrag of tijd (*bijvoorbeeld voor de diensten revalidatie en geriatrie*)? Zijn deze ziekenhuisdiensten belangrijk voor de behandeling van je voorafbestaande aandoening of ziekte?
- Voor welke hospitalisaties worden de kosten van geestes- en zenuwziekten terugbetaald? Indien je voorafbestaande ziekte onder de noemer van geestes- en zenuwaandoeningen valt, dien je dit zeker na te gaan.

Vergelijkingen van deze elementen kan je vinden in de bijlagen (*pagina's 6 en 7*).

Ter informatie: beleid private verzekeraars

1) Individuele hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars

Private verzekeraars sluiten in tegenstelling tot mutualiteiten de kosten van voorafbestaande ziekten of aandoeningen uit in hun individuele hospitalisatieverzekeringen.

Een mogelijke uitzondering hierop is 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.

2) Beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen van private verzekeraars

Voor een collectieve hospitalisatieverzekering via je werk of het werk van je partner is vaak geen medische vragenlijst vereist. Dat is bijvoorbeeld het geval in bedrijven of organisaties met een groot aantal werknemers. Tenzij het verzekeringscontract het anders bepaalt, is in deze situatie ook je voorafbestaande aandoening gedekt.

LEGENDE VERGELIJKING

-CM: Christelijke Mutualiteiten

-SocMut: Socialistische Mutualiteiten

-LibMut: Liberale Mutualiteiten

-MLOZ (Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen): Partena OZV, Securex, Euromut, OZ, Freie Krankenkasse, Partenamut, Omnimut

--VNZ (Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen): Vlaams & Neutraal Ziekenfonds en Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen

1. DEKKING VOORAFBESTAANDE AANDOENING OF ZIEKTE BIJ HOSPITALISATIE

1A. *Op welke manier vergoedt de hospitalisatieverzekering een hospitalisatie ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte?*

CM: Hospitaalplan	-Integrale vergoeding bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus²	-Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloon-supplementen tijdens de eerste 5 jaren van aansluiting uitgesloten.
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	

² KliniPlan en KliniPlanPlus worden aangeboden door de Bond Moyson Oost-Vlaanderen, Bond Moyson West-Vlaanderen, De Voorzorg Antwerpen, De Voorzorg Limburg

SocMut: Hospimut & Hospimut Plus³	-Integrale vergoeding bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer -Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloonsupplementen tijdens de eerste 3 jaren van aansluiting uitgesloten
MLOZ: Hospitalia & Hospitalia Plus	-Integrale vergoeding bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer -Bij keuze voor een éénpersoonskamer worden de aangerekende kamer- en ereloonsupplementen 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.
VNZ: HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlan, AmbuPlus	-Integrale vergoeding 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.

1B. Na welke wachttijd kan iemand die zich in 2012 voor de eerste keer aansluit bij de hospitalisatieverzekering van één van deze mutualiteiten genieten van de bovenstaande vergoeding?

CM: Hospitaalplan	Algemene wachttijd van 3 maanden
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus	Algemene wachttijd van 3 maanden
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	Algemene wachttijd van 3 maanden
SocMut: Hospimut & Hospimut Plus	Algemene wachttijd van 6 maanden
MLOZ: Hospitalia & Hospitalia Plus	Algemene wachttijd van 6 maanden
VNZ: HospiPlan, AmbuPlan, HospiPlan, AmbuPlus	Voor de aandoeningen of ziekten die bestaan op het moment van aansluiting geldt steeds een wachttijd van 12 maanden

Opgelet: Een wachttijd kan wegvallen of in vermindering worden gebracht indien je voorheen ononderbroken aangesloten was bij een andere hospitalisatieverzekering. Voor pasgeborenen geldt de wachttijd onder bepaalde voorwaarden niet. Informeer je hierover bij je mutualiteit!

Tip: Ga na of en hoe je hospitalisatieverzekering ook de medische kosten vóór en na een gewaarborgde ziekenhuisopname dekt. Heeft je hospitalisatieverzekering met andere woorden een waarborg pré- en posthospitalisatie?

2. De waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten in geval van een voorafbestaande aandoening

³ Deze verzekeringen worden aangeboden door de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant

De meeste hospitalisatieverzekeringen bieden een waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten. Dit houdt in dat zij voor een aantal ziekten de kosten vergoeden voor behandelingen buiten een ziekenhuisopname.

2A. Welke ernstige ziekten kunnen rekenen op de waarborg ambulante kosten en tot welk grensbedrag worden deze ambulante kosten vergoed?

Mutualiteit en verzekeringsformule	Ziekten die kunnen rekening op de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten	Grensbetrag
CM: Hospitaalplan	Kwaadaardig tumoren (bv.kanker), hersentumoren, kwaadaardige bloedziekten (bv. leukemie, Hodgkin), MS, ALS, Parkinson, meningitis, encefalitis poliomyelitis, tuberculose, aids, brucellose, cholera, levercirrose t.g.v. hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur, sarcoïdose, diabetes type I, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose en systeemsclerodermie met orgaanaantasting, ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa	7000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene.
SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus	Kanker, leukemie, tuberculose, Hodgkin, Kahler, ALS, cerebrospinale meningitis, encefalitis, MS, poliomyelitis, Parkinson, aids, brucellose, buiktyfus, cholera, difterie, hepatitis, mazelen, miltvuur, pokken, rode hond, roodvonk, tetanus, tyfus of tyfus- of partyfuskoorts, diabetes, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, sarcoïdose	6422 euro per verzekeringsjaar/per aangeslotene
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	Kanker, leukemie, tuberculose, MS, Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, diabetes, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, Crohn, colitis ulcerosa en mucoviscidose	<u>Hospitaal-Plus 100:</u> 5000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene. <u>Hospitaal-Plus 200:</u> 7000 euro per kalenderjaar/per aangeslotene.
MLOZ: Hospitalia Plus	Kanker, leukemie, Parkinson, Hodgkin, Alzheimer, aids, TBC, MS, ALS, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidose, Crohn, brucellose, levercirrose t.g.v. hepatitis, sclerodermie met aantasting van organen, diabetes type I, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur	7000 euro per jaar/per aangeslotene
VNZ: AmbuPlan, AmbuPlus	Alle kwaadaardige woekeringen (bv. carcinoom, leukemie, uitgebreid melanoom, ziekte van Hodgkin, Kahler); ziekten die dementie veroorzaken, zware chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, van het musculair stelsel en van het bindweefsel (bv. MS, ALS, Parkinson, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoïdose, hersenontstekingen); nierinsufficiëntie die dialyse vergt; vaatziekten die tot lidmaatamputatie leiden; transplantatie van grote organen; chronische handicaperende aandoeningen (bv. insuline-afhankelijke diabetes); aids; mucoviscidose; hemofilie en niet-alcoholische cirrose.	<u>AmbuPlan:</u> 1250 euro per kalenderjaar/per aangeslotene <u>AmbuPlus:</u> 2500 euro per kalenderjaar/per aangeslotene

Opgelet: De Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant bieden in hun hospitalisatieverzekeringen **geen waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten** aan. In

bepaalde formules van de hospitalisatieverzekeringen van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds en de Onafhankelijke Mutualiteiten zit geen waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten vervat.

2B. 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. Hierbij kan er een onderscheid gemaakt worden tussen enerzijds de CM, de SocMut, de LibMut en anderzijds de Onafhankelijke mutualiteiten en het V&NZ.

Mutualiteit en verzekeringsformule	Dekking voorafbestaande aandoeningen of ziekten	Taksvrijstelling
CM: Hospitaalplan SocMut: KliniPlan & KliniPlanPlus	Voorafbestaande aandoeningen of ziekten komen na de algemene wachttijd van 3 maanden in aanmerking voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten.	Ja
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200		
MLOZ: Hospitalia Plus		
V&NZ: AmbuPlan, AmbuPlus	Voorafbestaande aandoeningen of ziekten worden uitgesloten voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten. (Afwijkingen op deze uitsluiting kunnen mogelijk zijn).	Geen taksverlaging op de premie van de extra module met waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten

Belangrijk om weten: De wijzigingen in de nieuwe hospitalisatieverzekeringen van de mutualiteiten brengen met zich mee dat vroegere beperkingen (*bv. forfaitaire vergoedingen voor hospitalisaties of wachtperiodes voor de waarborg ambulante kosten voor ernstige ziekten*) in bepaalde polissen wegvallen. Personen met een voorafbestaande aandoening of ziekte, die reeds vóór de nieuwe wetgeving, meer bepaald vóór 1 januari 2012, aangesloten waren bij de hospitalisatieverzekering van hun mutualiteit, vragen hierover best informatie aan hun mutualiteit. Indien je door de wijzigingen in hospitalisatieverzekeringen nu kan rekenen op de waarborg ambulante kosten van ernstige ziekten, dan dien je deze waarborg zelf aan te vragen.

BIJLAGE 1: Algemeen geldende beperking van de dekking van bepaalde ziekenhuisdiensten

Voor bepaalde ziekenhuisdiensten wordt de tegemoetkoming via de hospitalisatieverzekering algemeen beperkt voor alle verzekerden.

Heb je een voorafbestaande aandoening of ziekte en wil je een hospitalisatieverzekering afsluiten? Ga dan na of deze ziekenhuisdiensten belangrijk zijn voor de behandeling van je aandoening of ziekte.

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan & KliniPlanPlus	SocMut: Hospimut & Hospimut Plus
Alle ziekenhuisdiensten worden vergoed, geen beperkingen.	Tegemoetkoming beperkt tot 30 dagen per verzekeringsjaar: dienst voor geriatrie en revalidatie. Tegemoetkoming beperkt tot 30 dagen voor de hele duurtijd van het verzekeringscontract: dienst voor cardiopulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen	Geen vergoeding voor de kameren ereloonsupplementen in diensten voor geriatrie of revalidatie, cardiopulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen
LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200	MLOZ: Hospitalia	MLOZ: Hospitalia plus
Tussenkost beperkt tot maximum 800 euro per kalenderjaar: dienst geriatrie en revalidatie, cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoening, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologieën met verlengende medische zorgen	Tegemoetkoming voor volgende diensten geldt ten hoogste 50 dagen per ziekenhuisopname: geriatrie, cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologie met verlengende medische zorgen. Bij een nieuwe ziekenhuisopname is er slechts een tegemoetkoming voor zover er een periode van minimum 6 dagen verstreken is	Er gelden geen beperkingen bij Hospitalia plus
VNZ: HospiPlan, AmbuPlan	VNZ: HospiPlus, AmbuPlus	
Tussenkost beperkt tot 1000 euro per kalenderjaar voor diensten voor cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoening, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologie met verlengende medische zorgen, psychogeriatrische aandoeningen	Tussenkost beperkt tot 2000 euro per kalenderjaar voor diensten voor cardio-pulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoening, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologie met verlengende medische zorgen, psychogeriatrische aandoeningen	

BIJLAGE 2: Algemeen geldende beperking van de dekking voor een opname in een psychiatrische dienst

Alle hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten beperken de dekking van de kosten van geestes- en zenuwziekten. Iedere mutualiteit hanteert hierbij eigen voorwaarden. Indien je voorafbestaande ziekte onder de noemer van geestes- en zenuwaandoeningen valt, dan dien je deze voorwaarden best te vergelijken bij het kiezen van een hospitalisatieverzekering.

De onderstaande tabel geeft weer voor welke hospitalisaties de kosten van geestes- en zenuwziekten worden terugbetaald en de manier waarop die terugbetaling beperkt wordt.

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan en KliniPlanPlus	SocMut: Hospimut
Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie of kinderneuropsychiatrie. De tegemoetkoming is beperkt tot maximum 740 euro per aangeslotene en per kalenderjaar	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, psychiatrie of psycho-geriatrie. De tegemoetkoming wordt beperkt tot een, al dan niet aangesloten, periode van 730 dagen.	Geen vergoeding voor psychiatrische en neuropsychiatrische diensten
SocMut: Hospimut Plus	MLOZ: Hospitalia	MLOZ: Hospitalia plus
Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tussenkomst is beperkt tot 30 dagen per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tussenkomst is beperkt tot 10 dagen per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tussenkomst is beperkt tot 40 dagen per jaar.
V&NZ: HospiPlan	V&NZ: HospiPlus	LibMut: Hospitaal-Plus 100 & Hospitaal-Plus 200
Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tegemoetkoming is beperkt tot 1000 euro per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psychiatrie. De tegemoetkoming is beperkt tot 2000 euro per jaar.	Hospitalisaties in een ziekenhuisdienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie of psycho-geriatrie. De tegemoetkoming is beperkt tot 800 euro per aangeslotene en per kalenderjaar

Opgelet: Het verschil van mutualiteit tot mutualiteit of een opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis wordt gewaarborgd. Sommige mutualiteiten komen (steeds of in bepaalde gevallen) enkel tussen voor opnames in een psychiatrische dienst binnen algemene ziekenhuizen. Informeer je hierover!

Het VPP dankt alle mutualiteiten om de inhoud van de vergelijking te verifiëren!

BRONNEN:

MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen

- Algemene voorwaarden CM-Hospitaalplan, 2013
- <https://online.cm.be/onlineinschrijving/pages/products.jsp?t=2&id=20>

VMOB Brabant

- Hospimut. Algemene voorwaarden. Versie 01/2013
- Hospimut Plus. Algemene voorwaarden. Versie 01/2013

VMOB SOHO

- KliniPlan, Algemene voorwaarden, Versie 002 – editie 01/2013
- KliniPlanPlus, Algemene voorwaarden, Versie 002 – editie 01/2013
- <http://www.socmut.be>

VMOB Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten

- Hospitalia. Algemene Voorwaarden op 1 januari 2013
- <http://www.hospitalia.be>

VMOB Objectief Gezondheid Vlaanderen

- HospiPlan&AmbuPlan – HospiPlus&AmbuPlus. Algemene voorwaarden op 1 januari 2013
- <http://www.hospiplus.be/>

Landsbond van Liberale Mutualiteiten

- Polisvoorwaarden voor Hospitaal-Plus 100, Hospitaal-Plus 200 en Hospitaal-Plus Franchise, 1 januari 2013
- http://www.liberalemutualiteit.be/c/document_library/get_file?uuid=fd49538b-c3f1-4b95-b3cd-6ec65465104b&groupId=17227