



Extra zekerheid,
niet overbodig!

NZVL-verzekeringen

Hospitalisatieverzekeringen:

- Kostendekkend (basis): HospiPlan & AmbuPlan
- Kostendekkend (comfort): HospiPlus & AmbuPlus
- Naast jouw werkgeversverzekering: HospiContinu
- Vaste vergoeding: HospiForfait

Medische kosten: MaxiPlan

Tandverzekering: TandPlus

HospiPlus 

 Neutraal
Ziekenfonds
Vlaanderen

HospiPlan

Maximale globale terugbetaling per kalenderjaar: € 25.000

Uitgezonderd dienst voor specialiteiten (revalidatie, palliatieve zorg,...):
max. € 1.250

Wat wordt volledig terugbetaald tijdens de opname?

- de forfaitaire bedragen zoals remgelden, wettelijke forfaits, persoonlijke aandelen;
- alle geneesmiddelen tijdens de opname.

Andere tussenkomsten (max. bedragen per kalenderjaar):

- verblijfkosten: beperkt tot **max. € 60 per dag**;
- ereloonsupplementen **tot max. 100%** boven het RIZIV-tarief;
- parafarmaceutische producten en diverse kosten, sommige implantaten, prothesen, orthopedisch, endoscopisch en viscerosynthesemateriaal **tot € 3.000**;
- prestaties waarvoor het RIZIV niet tussenkomt, beperkt **tot € 500**;
- bij een verblijf van een ouder in de kamer van een kind (jonger dan 19 jaar) of de begeleider van een gehandicapt of afhankelijk persoon wordt een tegemoetkoming voorzien van **max. € 20 per dag** (max. 14 dagen);
- éénmalige tussenkomst **tot € 500** voor de kosten van medisch geassisteerde voortplantingstechnieken;
- de kosten verbonden aan volgende behandelingen en operaties, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, samen **tot € 1.000**:
 - borstreducties en obesitasbehandelingen, en de gevolgen ervan, mits de verzekerde hiervoor de voorafgaandelijke toestemming van de adviserend arts van zijn/haar ziekenfonds heeft verkregen en voor deze behandelingen en/of operaties tussenkomst geniet vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - transgenderbehandelingen en -operaties, alsook de gevolgen ervan;
- tussenkomst voor kaakstandcorrecties per verzekerde en over de volledige duurtijd van de overeenkomst tot **max. € 1.000** op voorwaarde dat er ook tussenkomst is vanuit de verplichte ziekteverzekering;
- de kosten verbonden aan het donorschap **tot € 500**;
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling **tot max. € 500** (medische kosten en geneesmiddelen vanaf 30 dagen vóór tot 90 dagen na de geboorte; inclusief niet-RIZIV kosten en kraamzorg (€ 5/uur): beide tot max. **€ 200**);
- de verblijfkosten voor een zorgverblijf: forfait **€ 15 per dag** (max. 28 dagen);
- hospitalisaties in het buitenland: **max. € 125 per opnamedag** (max. 10 dagen);
- forfait vóór- en nazorg van **€ 20** per opnamedag in een twee- of meerpersoonskamer of **€ 10 per opnamedag** in een eenpersoonskamer (**max. € 500**);
- ambulancevervoer om medische redenen **tot max. € 125**;
- vervoer per helikopter **tot max. € 500**.

Vrijstelling (éénmalig per kalenderjaar):

- eenpersoonskamer: € 125, geen franchise op een dienst materniteit;
- twee- of meerpersoonskamer: geen franchise.

HospiPluskaart geldt **enkel bij twee- of meerpersoonskamers**



HospiPlus

Maximale globale terugbetaling per kalenderjaar: **Onbeperkt!**

Uitgezonderd dienst voor specialiteiten (revalidatie, palliatieve zorg,...):
max. € 2.500

Wat wordt volledig terugbetaald tijdens de opname?

- de forfaitaire bedragen zoals remgelden, wettelijke forfaits, persoonlijke aandelen;
- alle geneesmiddelen tijdens de opname.

Andere tussenkomsten (max. bedragen per kalenderjaar):

- verblijfkosten: **onbeperkt**;
- ereloonsupplementen **tot max. 200%** boven het RIZIV-tarief;
- parafarmaceutische producten en diverse kosten, sommige implantaten, prothesen, orthopedisch, endoscopisch en viscerosynthesemateriaal **tot € 6.000**;
- prestaties waarvoor het RIZIV niet tussenkomt, beperkt **tot € 1.000**;
- bij een verblijf van een ouder in de kamer van een kind (jonger dan 19 jaar) of de begeleider van een gehandicapt of afhankelijk persoon, wordt een tegemoetkoming voorzien van **max. € 40 per dag** (max. 14 dagen);
- éénmalige tussenkomst **tot € 1.000** voor de kosten van medisch geassisteerde voortplantingstechnieken;
- de kosten verbonden aan volgende behandelingen en operaties, per verzekerde en over de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst, samen **tot € 2.000**:
 - borstreducties en obesitasbehandelingen, en de gevolgen ervan, mits de verzekerde hiervoor de voorafgaandelijke toestemming van de adviserend arts van zijn/haar ziekenfonds heeft verkregen en voor deze behandelingen en/of operaties tussenkomst geniet vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
 - transgenderbehandelingen en -operaties, alsook de gevolgen ervan;
- tussenkomst voor kaakstandcorrecties per verzekerde en over de volledige duurtijd van de overeenkomst tot **max. € 2.000** op voorwaarde dat er ook tussenkomst is vanuit de verplichte ziekteverzekering;
- de kosten verbonden aan het donorschap **tot € 1.000**;
- de kosten voor thuisbevalling en poliklinische bevalling **tot max. € 1.000** (medische kosten en geneesmiddelen vanaf 30 dagen vóór tot 90 dagen na de geboorte; inclusief niet-RIZIV kosten en kraamzorg (€ 5/uur): beide tot max. **€ 400**);
- de verblijfkosten voor een zorgverblijf: forfait **€ 30 per dag** (max. 28 dagen);
- hospitalisaties in het buitenland: **max. € 250 per opnamedag** (max. 10 dagen);
- gedurende een periode van 60 dagen vóór en 180 dagen na de opname worden de remgelden van de ambulante kosten en de geneesmiddelen **tot max. € 500** terugbetaald. Bij opname in een twee- of meerpersoonskamer: extra **tot € 500** voor kinékosten;
- ambulancevervoer om medische redenen **tot max. € 250**;
- vervoer per helikopter **tot max. € 1.000**.

Vrijstelling (éénmalig per kalenderjaar):

- eenpersoonskamer: € 125, geen franchise op een dienst materniteit;
- twee- of meerpersoonskamer: geen franchise.

HospiPluskaart geldt voor alle kamertypes, inclusief eenpersoonskamers



AmbuPlan

Ambulante kosten bij ernstige ziekten:

tot € 7.500 /kalenderjaar

voor de kosten in verband met de ernstige ziekte buiten het ziekenhuis, heel het jaar door.

AmbuPlus

Ambulante kosten bij ernstige ziekten:

onbeperkt!

voor de kosten in verband met de ernstige ziekte buiten het ziekenhuis, heel het jaar door.

Welke zijn de ernstige ziekten?

Alle kwaadaardige woekeringen, bv. carcinoom, leukemie, uitgebreid melanoom, ziekten van Hodgkin, Kahler; ziekten die dementie veroorzaken; zware chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, van het musculair stelsel en van het bindweefsel: bv. multiple sclerose, ziekte van Parkinson, ALS, lidmaatverlammingen, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoïdose, hersenontstekingen; nierinsufficiëntie die dialyse vergt; vaatziekten die tot lidmaatamputatie leiden; transplantatie van grote organen; ziekte van Crohn; colitis ulcerosa; chronisch handicaperende aandoeningen zoals insuline-afhankelijke diabetes; aids; mucoviscidose; hemofilie; niet-alcoholische cirrose.

Ernstige ziekten op het moment van aansluiting kunnen niet verzekerd worden voor deze bijkomende ambulante waarborg.

Voor alle formules:

Wat met een bestaande aandoening of zwangerschap?

Voor de aandoeningen of ziekten die reeds bestaan op het moment van de aansluiting kan je verzekerd worden maar met uitsluiting van de kamer- en ereloonsupplementen in een eenpersoonskamer. Voor bevallingen binnen de 9 maanden na de aansluiting worden deze supplementen eveneens niet terugbetaald.

Voor alle duidelijkheid: wat wordt niet gedekt?

Strikt persoonlijke kosten (bv. telefoon, ...), esthetische ingrepen, comfortbehandelingen, roekeloze daden, ... worden niet gewaarborgd. Raadpleeg de polisvoorwaarden voor een volledige opsomming van wat niet gedekt wordt (www.hospiplus.be of www.nzvl.be).



HospiPlan & AmbuPlan

HospiPlus & AmbuPlus



| Maandpremies 2024 | HospiPlan & AmbuPlan | HospiPlan | AmbuPlan |
|-------------------------------------|----------------------|-----------|----------|
| Tot en met 19 jaar | € 4,38 | € 4,25 | € 0,13 |
| 20 t.e.m. 25 jaar | € 4,09 | € 3,92 | € 0,17 |
| 26 t.e.m. 49 jaar | € 13,77 | € 13,14 | € 0,63 |
| 50 t.e.m. 64 jaar* | € 17,44 | € 16,62 | € 0,82 |
| 65 jaar en ouder | € 28,20 | € 26,85 | € 1,35 |
| <i>Wie pas aansluit na 65 jaar:</i> | | | |
| <i>65 tot 69 jaar</i> | € 37,53 | € 34,44 | € 3,09 |
| <i>Vanaf 70 jaar</i> | € 54,78 | € 50,10 | € 4,68 |

| Maandpremies 2024 | HospiPlus & AmbuPlus | HospiPlus | AmbuPlus |
|-------------------------------------|----------------------|-----------|----------|
| Tot en met 19 jaar | € 7,47 | € 7,22 | € 0,25 |
| 20 t.e.m. 25 jaar | € 6,62 | € 6,36 | € 0,26 |
| 26 t.e.m. 49 jaar | € 22,30 | € 21,36 | € 0,94 |
| 50 t.e.m. 64 jaar* | € 29,25 | € 27,99 | € 1,26 |
| 65 jaar en ouder | € 49,49 | € 47,28 | € 2,21 |
| <i>Wie pas aansluit na 65 jaar:</i> | | | |
| <i>65 tot 69 jaar</i> | € 61,82 | € 57,12 | € 4,70 |
| <i>Vanaf 70 jaar</i> | € 77,75 | € 71,42 | € 6,33 |

* Personen die aansluiten vanaf 50 jaar, en geen gelijkaardige ziektenfondsverzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

Voor beide formules

Premieaanpassingen

De premieaanpassing gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 20, 26, 50 of 65 jaar wordt (en 70 voor aansluitingen na 65 jaar). **Vanaf het vierde en jongste kind is geen premie meer verschuldigd.**

Wachttijden

Algemeen:

Drie maanden

Uitzonderingen:

- Bij ongeval: geen
- Bij medisch geassisteerde voortplantingstechnieken (12 maanden)

HospiContinu

het overwegen waard

HospiContinu garandeert je continuïteit wanneer je een hospitalisatieverzekering geniet bij jouw werkgever en

- je had HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus, of
- je wenst na de werkgeversverzekering zonder formaliteiten over te kunnen stappen naar HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus.

Met jouw aansluiting bij HospiContinu kan je later vlot aansluiten bij HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus zonder bijkomende medische beperkingen, verhoogde premie of wachttijd.

Je hebt bovendien tijdens jouw aansluiting bij HospiContinu recht op een extra vergoeding van 10 euro per opnamedag bovenop de terugbetalingen van de verzekering van jouw werkgever.

Maandpremies 2024

| | |
|--------------------------------|---------|
| tot en met 25 jaar | € 1,35 |
| van 26 tot 49 jaar | € 2,97 |
| vanaf 50 jaar | € 11,16 |
| wie pas aansluit vanaf 50 jaar | € 23,14 |

De premie-aanpassing gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 26 of 50 jaar wordt. Vanaf het vierde en jongste kind is geen premie verschuldigd.

HospiForfait

jouw appeltje voor de dorst

HospiForfait verleent een forfaitaire tussenkomst (naar keuze 12,25, 25 of 50 euro per opnamedag) bij opname in een ziekenhuis en is perfect cumuleerbaar met andere kostendekkende hospitalisatieverzekeringen, zoals bv. HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus. Aansluiting is mogelijk tot de 65^{ste} verjaardag.

| Maandpremies 2024 | Formule 1 € 50 | Formule 2 € 25 | Formule 3 € 12,25 |
|----------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|
| tot en met 25 jaar | € 2,61 | € 1,29 | € 0,59 |
| van 26 tot en met 49 jaar | € 10,64 | € 5,29 | € 2,61 |
| van 50 tot en met 64 jaar* | € 13,67 | € 6,81 | € 3,37 |
| vanaf 65 jaar | € 24,33 | € 12,20 | € 6,06 |

* Personen die aansluiten vanaf 50 jaar, en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering hadden, betalen meteen het tarief vanaf 65 jaar.

De premie-aanpassing gaat in vanaf het begin van het jaar waarin men 26, 50 of 65 jaar wordt. Vanaf het vierde en jongste kind is geen premie verschuldigd.

De HospiPluskaart

facturen tellen of rustig herstellen?

Jouw voordelen

- Je hoeft geen voorschot meer te betalen als je in een ziekenhuis wordt opgenomen.
- Je dient de oplegfactuur van het ziekenhuis niet zelf te betalen en te wachten tot HospiPlus je vergoedt. HospiPlus betaalt de factuur rechtstreeks aan het ziekenhuis en verrekenet nadien de eventuele vrijstelling of niet-verzekerde kosten bij jou.
- De opnameformaliteiten worden tot een minimum beperkt. Jouw dossier wordt door HospiPlus automatisch opgestart.

Heb je gekozen voor de comfortformule HospiPlus, dan geldt deze unieke dienstverlening ook voor een opname in een eenpersoonskamer.

Onderschreef je de basisformule HospiPlan, dan geldt de derdebetalersregeling enkel bij een twee- of meerpersoonskamer. Uiteraard ben je bij HospiPlan wel binnen bepaalde grenzen verzekerd voor een opname in een eenpersoonskamer, maar dan zonder de toepassing van de automatische betaling aan het ziekenhuis.



Met de Assurcard app beheer je de kaarten van het hele gezin op je smartphone of tablet. Een Assurcard kaart toevoegen, een aangifte doen, informatie opzoeken over alle ziekenhuizen in België, het dichtstbijzijnde ziekenhuis opzoeken, ... het kan allemaal met deze app. Download deze nu via de Google Play Store of de App store.





MaxiPlan

Hét optimale verzekeringsplan voor al je medische kosten

Remgelden 50% terugbetaald

Als je een (tand)arts, kinesist, logopedist,... raadpleegt of bepaalde geneesmiddelen aankoopt, komt het ziekenfonds tussen. Maar er blijft ook steeds een bedrag voor jouw rekening, nl. het remgeld. Doorheen het jaar kunnen deze remgelden voor een gezin flink oplopen.

Wie kiest voor MaxiPlan kan rekenen op een jaarlijkse terugbetaling van 50% van de effectief betaalde wettelijke remgelden (tot max. € 1.000).

De geboden dekking geldt niet alleen voor de remgelden van artsen, specialisten, paramedici,... maar ook voor de remgelden van o.a. geneesmiddelen, labo-onderzoeken en verblijfkosten tijdens een hospitalisatie in het binnenland.



Maandpremies 2024

| | |
|-------------------------|---------|
| 0 tot en met 6 jaar* | € 0 |
| 7 tot en met 19 jaar | € 10,39 |
| 20 tot en met 25 jaar | € 12,86 |
| 26 tot en met 34 jaar | € 23,33 |
| 35 tot en met 49 jaar | € 21,36 |
| 50 tot en met 64 jaar** | € 26,26 |
| 65 jaar en ouder | € 37,96 |

* Personen jonger dan 7 jaar van wie de hoofdverzekerde geen premie betaalt, betalen meteen het tarief 7+.

** Personen die aansluiten na hun 50^{ste} verjaardag betalen meteen het tarief 65+, tenzij zij over een gelijkaardige ziekenfondsverzekering beschikken.

OPGELET alle (mutualistische) gezinsleden moeten aansluiten.

OPGELET wie pas aansluit na 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering had:

| | |
|----------------|---------|
| 65 tot 69 jaar | € 48,84 |
| vanaf 70 jaar | € 54,27 |

De premie-aanpassing gaat in vanaf het jaar waarin men 7, 20, 26, 35, 50 of 65 jaar wordt (en 70 voor aansluitingen na 65 jaar). Kinderen tot en met 6 jaar zijn gratis verzekerd en vanaf het vierde en jongste kind is dit eveneens gratis.

Extra voordelen MaxiPlan

Tandzorgen:

Indien je geen recht hebt op een tussenkomst door de verplichte ziekteverzekering.

50% tussenkomst op de kosten van tandzorgen (tandprothesen, tandbruggen, kronen en stiften, implantaten, parodontologie, tandextracties) met een max. van **€ 500** per kalenderjaar.

Voordeel ziekenfonds (cumuleerbaar):

Tussenkomst tot **€ 1.400*** per 2 jaar (25% van het persoonlijk aandeel).



Orthodontie:

Ongeacht of je al dan niet recht hebt op een wettelijke tussenkomst, betaalt MaxiPlan jou **tot max. € 250** per behandlingsplan terug:

- € 125 bij de plaatsing
- € 125 na 12 raadplegingen

Voordeel ziekenfonds (cumuleerbaar):

Tussenkomst tot **€ 1.400*** (in schijven van € 175 na plaatsing apparaat, 6, 12, 18, 24, 30, 36 raadplegingen en op het einde van het behandlingsplan). Ontvang je geen tussenkomst uit de verplichte ziekteverzekering? Ook jij ontvangt éénmalig **€ 175** na 6 raadplegingen.



Geboorteforfait:

Jij en jouw partner klant bij MaxiPlan? Dan ontvang je telkens bij de geboorte van jouw kind **€ 200** (= € 100/aangesloten ouder).

Voordeel ziekenfonds (cumuleerbaar):

- Geboortepremie tot **€ 300**
- Terugetaling luiers tot **€ 300**
- Tussenkomst kraamhulp tot **€ 300**
- **Voordelige huurvoorwaarden** voor babyweegschaal en afkolfapparaat
- Tussenkomst watergewinning **tot € 30**
- **Extra cadeau** in de vakantiedomeinen Hoge Duin of Dennenheuvel.
- Tot 1 jaar na de geboorte krijg je **50% korting** op de kamerprijs in de vakantiedomeinen Hoge Duin of Dennenheuvel



* Behoudens goedkeuring door de CDZ

Anticonceptiemiddelen:

MaxiPlan betaalt tot max. € 25 per jaar terug voor anticonceptie aangekocht op voorschrift van jouw arts.



Hoorapparaten:

Indien je recht hebt op een tussenkomst voor een hoorapparaat via de verplichte ziekteverzekering, voorziet MaxiPlan een tegemoetkoming voor jouw persoonlijke opleg:

- max. € 250 bij de plaatsing van een hoorapparaat voor één oor
- max. € 500 bij de plaatsing van een hoorapparaat voor beide oren.



Er is geen leeftijdsbeperking en je kan aansluiten ongeacht jouw medische voorgeschiedenis. Verplichte aansluiting per ziekenfondsboekje.

Wachttijd:

Het recht op de tegemoetkoming start na:

- **3 maanden** voor de waarborgen remgelden en anticonceptie.
- **12 maanden** voor de waarborgen tandzorgen, orthodontie, hoorapparaten en geboorteforfait.

Er is evenwel geen wachttijd als je overstapt van een gelijkaardige verzekering.





De betaalbare tandverzekering
voor iedereen

TandPlus komt jaarlijks tot € 2.500 tussen op je tandartsfactuur

Wie kiest voor de TandPlus tandverzekering, kan na een (eventuele) wachttijd rekenen op een jaarlijkse tussenkomst tot € 2.500.

De tussenkomst kan je combineren met de ziekenfondsdiensten en MaxiPlan. We zorgen ervoor dat de wettelijke remgelden automatisch terugbetaald worden en houden geen rekening met een voorafgaande medische geschiedenis.

Binnen de TandPlus formule werken we met vaste bedragen voor orthodontie, zodat het vooraf ook duidelijk is wat je wanneer ontvangt van ons.

Kinderen tot en met 6 jaar zijn gratis verzekerd en vanaf het vierde en jongste kind is dit eveneens gratis.

**Geen leeftijdsbeperking of
medische vragenlijst.**

Maandpremies 2024

| | |
|-------------------------|---------|
| 0 tot en met 6 jaar* | € 0 |
| 7 tot en met 19 jaar | € 9,45 |
| 20 tot en met 25 jaar | € 10,71 |
| 26 tot en met 49 jaar | € 16,24 |
| 50 tot en met 64 jaar** | € 20,75 |
| 65 jaar en ouder | € 24,66 |

* Personen jonger dan 7 jaar van wie de hoofdvzerkerde geen premie betaalt, betalen meteen het tarief 7+.

** Personen die aansluiten na hun 50^{ste} verjaardag, betalen meteen het tarief 65+, tenzij zij over een gelijkaardige ziekenfondsverzekering beschikken.

OPGELET alle (mutualistische) gezinsleden moeten aansluiten.

OPGELET wie pas aansluit na 65 jaar en geen gelijkaardige ziekenfondsverzekering had:

| | |
|----------------|---------|
| 65 tot 69 jaar | € 38,89 |
| vanaf 70 jaar | € 45,51 |

De premie-aanpassing gaat in vanaf het jaar waarin men 7, 20, 26, 50 of 65 jaar wordt (en 70 voor aansluitingen na 65 jaar).



Extra voordelen TandPlus

Wettelijke remgelden:

50% van de wettelijke remgelden voor tandkosten worden terugbetaald tot € 250 per kalenderjaar en dit per verzekerde.

De ambulante remgelden betalen we automatisch in één keer uit na afloop van het verzekeringsjaar. U hoeft hier zelf niets voor te doen!

Voordeel ziekenfonds (cumuleerbaar):

Terugbetaling wettelijke remgelden voor kinderen jonger dan 7 jaar.



Tandzorgen:

50 % van de kosten van de tandzorgen (ambulant en in dagkliniek) waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming voorzien wordt (kronen en stiften, parodontologie, tandbruggen, tandextracties, tandimplantaten, tandprothesen) tot max. € 1.250 per jaar.

Terugbetaling van 50% van de supplementen op de wettelijke (ambulante) verstrekkingen tot € 250 per kalenderjaar.

Voordeel ziekenfonds (cumuleerbaar):

Indien er geen wettelijke vergoeding wordt voorzien voor bruggen, extracties, kronen, stiftanden en tandprothesen, betalen we om de 2 jaar € 1.400* terug (op basis van 25% van het persoonlijk aandeel).

** Behoudens goedkeuring door de CDZ*



Orthodontie:

Ongeacht of je al dan niet recht hebt op een wettelijke tussenkomst, betaalt TandPlus jou tot max. **€ 1.250** per behandelingsplan terug. We werken hiervoor telkens in 5 schijven van € 250:

- bij het plaatsen van het apparaat;
- na 12 behandelingen;
- na 18 behandelingen;
- na 30 behandelingen;
- bij beëindiging.

Als extra komen ook nog de terugbetalingen van 50% wettelijke remgelden tandzorg tot € 250 per kalenderjaar erbovenop.

Voordeel ziekenfonds (cumuleerbaar):

Tussenkomst tot **€ 1.400*** (in schijven van € 175 na plaatsing apparaat, 6, 12, 18, 24, 30, 36 raadplegingen en op het einde van het behandelingsplan). Ontvang je geen tussenkomst uit de verplichte ziekteverzekering? Ook jij ontvangt eenmalig € 175 na 6 raadplegingen.



Er is geen leeftijdsbeperking en je kan aansluiten ongeacht jouw medische voorgeschiedenis. Verplichte aansluiting voor alle (mutualistische) gezinsleden.

Wachttijd:

De algemene wachttijd bedraagt 12 maanden. Deze 12 maanden worden verminderd met het aantal aaneensluitende maanden dat je aangesloten was bij een gelijkaardige verzekering.

Het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (NZVL), met ondernemingsnummer BE0418.999.418, en ingeschreven in het register van de verzekeringstussenpersonen onder het nummer 2007, treedt op als verzekeringstussenpersoon voor de VMOB HospiPlus, met ondernemingsnummer BE0471.458.404, en door de CDZ erkend als verzekeringsmaatschappij onder het nummer 250/01 om de tak 2 'ziekte' te beoefenen. De infofiches van de HospiPlus-verzekeringen, evenals de algemene voorwaarden, zijn terug te vinden op www.hospiplus.be. Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. De verzekeringsovereenkomst geldt levenslang. Eventuele klachten omtrent de verzekeringsovereenkomst, of de uitvoering ervan, kunt u richten aan klachten@hospiplus.be, of aan de Ombudsman van de Verzekeringen (www.ombudsman-insurance.be, info@ombudsman-insurance.be, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel).

* Behoudens goedkeuring door de CDZ

Heb je vragen? Contacteer ons.

Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen

(Verzekeringstussenpersoon 2007)

Statieplein 12

9300 Aalst

Tel. 053 76 99 99

www.nzvl.be



VMOB HospiPlus

(Erkenningsnummer verzekeringsonderneming 250/01)

Tel. 053 76 99 79

info@hospiplus.be

www.hospiplus.be

