

Lijst 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 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 éénpersoonskamer. Voor bevallingen binnen de 9 maanden na de aansluiting worden deze supplementen eveneens niet terugbetaald.

Voor alle duidelijkheid: wat wordt niet gewaarborgd?

Strikt persoonlijke kosten (tv, telefoon,...), esthetische ingrepen, comfortbehandelingen, roekeloze daden... zijn niet verzekerd. Raadpleeg de polisvoorwaarden voor een volledige opsomming van wat niet gedekt wordt: www.hospiplus.be.

Premieaanpassingen

De premieaanpassing gaat in **vanaf het begin** van het jaar waarin men 20, 26, 50 of 65 jaar wordt.

Vanaf het vierde kind is geen premie meer verschuldigd.

Wachttijden

Algemeen: **drie maanden**

Uitzonderingen:

- Bij HospiContinu, ongeval of overname bestaande polis: **geen**
- Bij medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken: **twaalf maanden**

HospiContinu

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

Met jouw aansluiting bij HospiContinu kan je later vlot aansluiten bij HospiPlan & AmbuPlan of HospiPlus & AmbuPlus zonder bijkomende medische beperkingen, hogere instappremies of wachttijden.

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.

Jaarpremies 2026

| | |
|--------------------------------|----------|
| tot en met 25 jaar | € 16,68 |
| van 26 tot en met 49 jaar | € 36,72 |
| vanaf 50 jaar | € 138,12 |
| wie pas aansluit vanaf 50 jaar | € 286,44 |

HospiForfait

Jaarpremies 2026

| | |
|---------------|----------|
| | € 25,00 |
| 0-25 jaar | € 16,08 |
| 26-49 jaar | € 66,12 |
| 50-64 jaar* | € 85,20 |
| vanaf 65 jaar | € 152,88 |

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

Het VNZ, met ondernemingsnummer BE0411.735.801, en ingeschreven in het register van de verzekeringstussenpersonen onder het nummer 2006, 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 infoches 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, kunnen gericht worden aan klachten@hospiplus.be, of aan de Ombudsman van de Verzekering (www.ombudsman.as, info@ombudsman.as, de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel).

De HospiPluskaart draagt zorg voor jou en regelt tegelijk de ziekenhuisfacturen

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 **éénpersoonskamer**.

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 éénpersoonskamer, maar dan zonder de toepassing van de automatische betaling aan het ziekenhuis.

Maatschappelijke zetel:

Hoogstratenplein 1 – 2800 Mechelen

Tel 015 28 90 90 – info@vnz.be

Het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds heeft kantoren en postbussen in heel Vlaanderen. Ook in jouw buurt.



www.vnz.be

VNZ
Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds

Met de HospiPlus-verzekeringen speel je op zeker

6 formules:

Kostendekkend (basis): HospiPlan & AmbuPlan
Kostendekkend (comfort): HospiPlus & AmbuPlus
Naast jouw groepsverzekering: HospiContinu
Vaste vergoeding: HospiForfait
Tandverzekering: TandPlus
Medische kosten: MaxiPlan

2026

v.u. Jürgen Constandt, Hoogstratenplein 1, 2800 Mechelen

VNZ zorgt voor het verschil

VNZ
Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds

HospiPlan

Maximale globale terugbetaling per kalenderjaar:

€ 25.000

Uitgezonderd voor de diensten revalidatie en palliatieve zorg (diensten 61, 62, 63, 64, 65 en 66).

max. € 1.250

HospiPluskaart geldt enkel bij twee- of meerpersoonskamers.



HospiPlus

Onbeperkt!

max. € 2.500

HospiPluskaart geldt voor alle kamertypes, inclusief éénpersoonskamers.

Wat betalen we volledig terug?

De forfaitaire bedragen zoals remgelden, wettelijke forfaits, persoonlijke aandelen in de ligdag. Alle geneesmiddelen tijdens de opname.

Andere tussenkomsten (max. bedragen per kalenderjaar):

- verblijfskosten: beperkt tot max. € 75 per dag
- ereloonsupplementen tot max. 150% 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 op 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
- tussenkomst voor behandelingen en operaties per verzekerde en over de volledige duurtijd van de overeenkomst, samen tot € 1.000:
 - borstreducties en obesitasbehandelingen, alsook de gevolgen ervan, mits de verzekerde hiervoor de voorafgaandelijke toestemming heeft van de adviserend arts van het ziekenfonds en tussenkomst geniet vanuit de verplichte ziekteverzekering;
 - 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

- verblijfskosten: 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 op de kamer van een kind (jonger dan 19 jaar) of de begeleider van een gehandicapt of afhankelijk persoon, wordt er een tegemoetkoming voorzien van max. € 40 per dag (max. 14 dagen)
- éénmalige tussenkomst tot € 1.000 voor de kosten van medisch-geassisteerde voortplantingstechnieken
- tussenkomst voor behandelingen en operaties per verzekerde en over de volledige duurtijd van de overeenkomst, samen tot € 2.000:
 - borstreducties en obesitasbehandelingen, alsook de gevolgen ervan, mits de verzekerde hiervoor de voorafgaandelijke toestemming heeft van de adviserend arts van het ziekenfonds en tussenkomst geniet vanuit de verplichte ziekteverzekering;
 - 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 € 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 verblijfskosten 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 ten bedrage van € 10 per opnamedag bij een éénpersoonskamer of € 20 bij twee- of meerpersoonskamer (max. € 500)
- ambulancevervoer om medische redenen tot max. € 125
- vervoer met helikopter tot max. € 500

- 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 verblijfskosten 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 de kosten van de kinesist.
- ambulancevervoer om medische redenen tot max. € 250
- vervoer met helikopter tot max. € 1.000

Vrijstelling voor beide formules (éénmaal per kalenderjaar):

Eénpersoonskamer: € 125 (geen franchise in een twee- of meerpersoonskamer of bij bevalling)

AmbuPlan

AmbuPlus

Ambulante kosten bij ernstige ziekten:

tot € 7.500 per kalenderjaar

Onbeperkt

voor de rechtstreekse verzorgingskosten in verband met een ernstige ziekte buiten het ziekenhuis (lijst zie ommezijde)

HospiPlan & AmbuPlan

| | HospiPlan & AmbuPlan | HospiPlan | AmbuPlan |
|---------------------|----------------------|-----------|----------|
| tot en met 19 jaar | € 56,40 | € 54,72 | € 1,68 |
| van 20 tot 25 jaar | € 51,24 | € 49,20 | € 2,04 |
| van 26 tot 49 jaar | € 170,88 | € 162,60 | € 8,28 |
| van 50 tot 64 jaar* | € 227,04 | € 216,12 | € 10,92 |
| vanaf 65 jaar** | € 394,68 | € 375,48 | € 19,20 |

HospiPlus & AmbuPlus

| | HospiPlus & AmbuPlus | HospiPlus | AmbuPlus |
|---------------------|----------------------|-----------|----------|
| tot en met 19 jaar | € 99,60 | € 96,24 | € 3,36 |
| van 20 tot 25 jaar | € 90,36 | € 87,12 | € 3,24 |
| van 26 tot 49 jaar | € 304,32 | € 291,96 | € 12,36 |
| van 50 tot 64 jaar* | € 406,20 | € 389,40 | € 16,80 |
| vanaf 65 jaar** | € 742,68 | € 711,12 | € 31,56 |

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

** Aansluiting na 65 jaar zonder gelijkaardige ziekenfondsverzekering is mogelijk op voorwaarde van de betaling van een aangepaste premie (€ 525,60 of 767,52 per jaar voor HospiPlan & AmbuPlan en € 926,28 of 1.164,72 voor HospiPlus & AmbuPlus). Contacteer je ziekenfonds of bel 053 76 99 79 voor een verzekeringsvoorstel.