Algemene voorwaarden Hospitalia Plus
en de bijkomende optie Waarborg 'Zware ziektes'
op januari 2021

Algemene voorwaarden van de VMOB, gestemd door de Raad van Bestuur van 23 september 2020
en door de Buitengewone Algemene Vergadering van 23 oktober 2020

MLOZ Insurance is de verzekeringsmaatschappij van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (OZ - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.
Hoofdzetel: Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel - België (RPR Brussel) - www.mloz.be - Ondernemingsnummer: 422.189.629. - 3/11/2020

Hospitalia PLUS

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'MLOZ Insurance', is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, door een beslissing van 24 juni 2013 voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het Koninklijk Besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, alsook voor de dekking, in bijkomende orde, van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van de bijlage 1 van bovenvermeld Koninklijk Besluit, onder het CDZ-codenummer 750/01.

1.2. Verzekeringsnemer: de persoon die aansluit bij de verzekering voor zichzelf en/of ten gunste van verzekerden, en die de premie moet betalen.

1.3. Afdelingen: de afdelingen van MLOZ Insurance zijn de tussenpersonen die de verzekeringsproducten aanbieden: 501: OZ (www.oz.be) - 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

1.4. Hospitalisatie: elk verblijf van ten minste één nacht en de daghospitalisatie, in een verpleeginstelling, d.w.z. een als zodanig door het Ministerie van Volksgezondheid erkende instelling, waar er gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnosemiddelen en therapeutische middelen.

1.5. Daghospitalisatie:
Onder daghospitalisatie dient men uitsluitend te verstaan:
- een daghospitalisatie is een opname en verblijf in een erkend ziekenhuis zonder overnachting waarbij de patiënt één of meerdere planbare interventies ondergaat. Bedoelde interventies vereisen vastgestelde procedures voor de selectie van de patiënten, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de nazorg, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten onder toezicht en leiding van een arts-specialist verbonden aan het ziekenhuis met adequaat toezicht en toediening van zorg;
- een functie 'chirurgische daghospitalisatie' die erkend is op basis van de bepalingen die zijn vastgesteld bij het KB van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie 'chirurgische daghospitalisatie' moet voldoen om te worden erkend.

1.6. Verstrekking van verzorging: verstrekkingen die opgenomen zijn in de Nomenclatuur (KB van 14/09/1984 en latere wijzigingen).

1.7. Farmaceutische producten: onder farmaceutische producten moet verstaan worden:
- elke farmaceutische specialiteit die bij het Ministerie van Volksgezondheid is ingeschreven krachtens artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 en van het K.B. van 3 juli 1969, gewijzigd door latere besluiten;
- de farmaceutische specialiteit ingevoerd door het ziekenhuis van een ander land, overeenkomstig de bepalingen van artikel 105 van het Koninklijk Besluit van 14 december 2006 betreffende geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik;
- de magistrale bereiding afgeleverd tijdens een daghospitalisatie;
- de contrastmiddelen.

1.8. Implantaten en medische hulpmiddelen: al wat erkend wordt door de reglementering, met inbegrip van de afleveringsmarge en de veiligheidsmarge.

1.9. Andere leveringen: de producten en verstrekkingen die wettelijk aangerekend mogen worden in rubriek 5 van de patiëntenfactuur zoals bepaald in bijlage 37 en in rubriek 3 van de patiëntenfactuur zoals bepaald in bijlage 37bis van de verordening van 1 februari 2016 houdende uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

1.10. Ongeval: een plotse gebeurtenis die zich buiten de wil van de verzekerde persoon voordoet en een lichamelijk letsel veroorzaakt waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme ligt. Dit ongeval moet aanleiding gegeven hebben tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door deze bepalingen.

1.11. Patiëntenfactuur, honorariumnota en factuur voor ambulante verzorging in het ziekenhuis: de stukken, zoals deze respectievelijk bepaald zijn in bijlage 37, bijlage 38 en bijlage 37bis van de verordening van 1 februari 2016 houdende uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

1.12. Kwitantie: het document dat door het ziekenfonds gebruikt wordt buiten het kader van de derde betaler.

1.13. Ambulante verzorging: de verzorging die toegediend wordt buiten een ziekenhuisopname en buiten een daghospitalisatie.

1.14. Wachttijd: de periode tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is en die begint te lopen op de begindatum van het desbetreffende contract.

1.15. Medische vragenlijst: het document dat de Medische Adviseur van MLOZ Insurance informatie moet verschaffen over de gezondheidstoestand van de verzekeringsnemer in het verleden en nu, met als gevolg een eventuele beperking van de tegemoetkoming in geval van vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden.

1.16. Vooraf bestaande aandoening, ziekte of toestand: een ziekte, aandoening of gezondheidstoestand (zoals zwangerschap), die bestaat op het ogenblik van de aansluiting bij MLOZ Insurance of op het ogenblik van de overgang van het ene product naar het andere binnen MLOZ Insurance én die een ziekenhuisopname of ambulante verzorging veroorzaakt.

1.17. Spalk: een spalk is een medisch hulpmiddel bestaande uit metaal en/of kunststof voor het fixeren van een gewricht of ledemaat zodat beweging tot een minimum herleid wordt. Het betreft een tijdelijke behandeling om de pijn te verzachten of om verdere letsels te voorkomen.
Wat de terugbetaalbare spalken betreft, zijn dit de nomenclatuurcodes van art29 §1, A (behalve herstel en onderhoud), B (hoofdgroepen I, II, III, IV, VI, VIII, XII) en C (alle hoofdgroepen behalve XVI).

2. AANVAARDING

2.1. Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Hospitalia Plus, en bij de bijkomende Waarborg 'Zware ziektes', kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij aansluiten of aangesloten zijn in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten bij een van de hierboven opgesomde 4 afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: Partenamut, Freie Krankenkasse, OZ, Partena Ziekenfonds).
Deze personen dienen hun personen ten laste aan te sluiten zoals voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, behalve als hun echtgeno(o)t(e) of samenwonende of hun kinderen al gedekt worden door een gelijkaardige verzekering van het type 'werkelijke kosten'. Het ontslag of de schrapping van een verzekerde geeft impliciet aanleiding tot de uitschrijving van alle personen die verplicht waren om aan te sluiten.
De leeftijdsgrens voor de aansluiting bij Hospitalia Plus, alsook voor de Waarborg 'Zware ziektes' is vastgesteld op 65 jaar behalve in geval van mutatie in de verplichte verzekering voor de personen die vooraf aangesloten waren en in orde waren met hun premies bij een gelijkaardige hospitalisatieverzekering, en bij een gelijkaardige Waarborg 'Zware ziektes' van een andere Belgische mutualistische entiteit.

2.2. Impact van de niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds op uw aansluiting bij MLOZ Insurance
Het is belangrijk dat u steeds in orde bent met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds.
Als u niet langer in orde bent met die betaling, kan dit grote gevolgen hebben op uw aansluiting bij MLOZ Insurance en op de dekkingen van de verzekeringen die u afgesloten hebt.

2.2.1. Gevolgen voor de aansluiting bij MLOZ Insurance
U kunt enkel aansluiten bij MLOZ Insurance als u uw rechten niet verloren bent voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds naar aanleiding van de niet-betaling van de bijdragen voor deze diensten voor een periode van 24 aaneensluitende maanden.

2.2.2. Gevolgen voor het behoud van uw aansluiting bij MLOZ Insurance
Als u al aangesloten bent bij MLOZ Insurance, is ze wettelijk verplicht uw aansluiting stop te zetten, en dus ook uw dekkingen, als u een sanctie opgelegd krijgt door het verlies van uw rechten op de aanvullende diensten van uw ziekenfonds omdat u de bijdragen voor deze diensten niet betaald hebt voor een periode van 24 opeenvolgende maanden.
Deze automatische uitsluiting staat los van het feit of u de premies voor de verzekeringen bij MLOZ Insurance steeds regelmatig betaald hebt. Vervolgens kunt u enkel opnieuw aansluiten bij MLOZ Insurance als u opnieuw regelmatig uw bijdragen betaalt voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds (elke onderbreking van 6 maanden in de betaling van die bijdragen in de eerste 24 maanden van uw heraansluiting, leidt tot een nieuwe uitsluiting van MLOZ Insurance).

3. HET SLUITEN, DE DUUR EN HET EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

3.1. Het sluiten van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract bestaat uit de aanvaardingsbrief (met of zonder beperking) en de algemene voorwaarden, alsook uit de wijzigingsclausules.
Het verzekeringscontract begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin MLOZ Insurance de correct ingevulde 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' en 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft (de interne datering of de scanning of online hebben bewijskracht), voor zover MLOZ Insurance de eerste premie ontvangen heeft voor elke verzekerde, uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.
De aansluiting van een pasgeborene of van een adoptiekind jonger dan drie jaar, dat niet vrijgesteld is van wachttijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, op voorwaarde dat MLOZ Insurance de aansluitingsaanvraag en de medische vragenlijst ontvangen heeft vóór het einde van de derde maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, en dat de eerste premie door MLOZ Insurance geïnd wordt uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.
De spontane betaling van een premie, zonder dat men hiertoe uitgenodigd werd, wordt niet als een aansluiting beschouwd. Bij niet-naleving van bovenvermelde termijn van drie maanden zal deze premie terugbetaald worden en zal er een nieuwe aansluitingsprocedure moeten worden ingesteld.
Mocht de Medische Adviseur, op basis van de medische vragenlijst, bijkomende inlichtingen vragen, vooraleer hij zich kan uitspreken over de aansluitingsaanvraag, dan beschikt de verzekeringsnemer over 45 dagen om hieraan een gevolg te geven.
Als deze termijn niet nageleefd wordt of als er geen bijkomende informatie ontvangen werd, begint de aansluiting automatisch te lopen volgens de hierboven bepaalde regels met een beperking van de tegemoetkoming in geval van ziekenhuisopname, en een weigering in geval van zware ziekte, voor de vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand die vermeld staat op de medische vragenlijst.
De beslissing tot aanvaarding, met of zonder beperking van de tegemoetkoming in geval van ziekenhuisopname, met een weigering in geval van zware ziekte, wordt per brief medegedeeld aan de kandidaat-verzekeringsnemer. De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste premie, de datum van de aanvaarding van de aansluiting en van de inwerkingtreding van die aansluiting, de duur van de wachttijd, de levenslange duur van die aansluiting en het aangeboden verzekeringsproduct.
Het verzekeringscontract kan op afstand worden gesloten. Elk contract dat op afstand wordt gesloten, wordt gesloten op het moment dat de verzekeraar de 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging', naar behoren ingevuld en ondertekend door de verzekeringsnemer, ontvangt (op voorwaarde dat de eerste premie uiterlijk op de laatste dag van de derde maand na de datum van aansluiting door MLOZ Insurance wordt ontvangen).
De verzekeringsnemer en de verzekeraar hebben 14 dagen, vanaf de verzending van de aanvaardingsbrief door MLOZ Insurance, om het verzekeringscontract zonder boete en zonder opgave van redenen te beëindigen.
De opzegging door de verzekeringsnemer gaat in op het ogenblik van de kennisgeving van de opzegging aan de verzekeraar, die van de verzekeraar 8 dagen na de kennisgeving ervan aan de verzekeringsnemer. Dit recht wordt uitgeoefend volgens de gebruikelijke voorwaarden voor het ontslag, opgenomen in punt 3.2.

3.2. Einde van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor het leven. Het eindigt evenwel in de volgende gevallen:

- bij opzegging door de verzekeringsnemer, conform de voorwaarden uit de wet van 4 april 2014, middels een opzegtermijn van minimaal één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de verzending van de aangetekende brief of de elektronische gekwalificeerde aangetekende zending, de overhandiging van het deurwaardersexploot of van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, gericht aan MLOZ Insurance zelf of aan een van de hierboven beoogde afdelingen. De stopzetting van de verzekering Hospitalia Plus houdt automatisch het einde in van de Waarborg 'Zware ziektes'. Deze opzegtermijn van 1 maand is evenwel niet vereist/wordt niet geëist als men van hospitalisatiedekking verandert binnen Hospitalia;
- in geval van fraude of poging tot fraude;
- wanneer er vrijwillig schade zou zijn berokkend aan de belangen van MLOZ Insurance en meer bepaald in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van informatie in het kader van de verklaringen bij de aansluiting of bij de indiening van de terugbetalingsaanvragen, of nog in geval van weigering om zich te schikken naar onderhavige bepalingen;
- in geval van opzegging door de verzekeraar, bij niet-betaling van de premies;
- bij uitsluiting uit de aanvullende diensten van de ziekenfondsen;
- bij een mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- bij overlijden;
- in geval van nietigheid.

4. BEGIN, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.1. Begin van de verzekeringswaarborg

De verzekeringswaarborg begint te lopen op de begindatum van het verzekeringscontract, bepaald in de aanvaardingsbrief, voor zover de wachttijden verstreken zijn.

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van 6 maanden

Vooraleer men de tegemoetkomingen van MLOZ Insurance kan genieten, dient men een wachttijd van 6 maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitingsdatum. Er zal ook een wachttijd van 6 maanden van toepassing zijn op de uitbreiding van de dekking, vanaf de datum van aansluiting bij deze uitbreiding van de dekking. MLOZ Insurance kent geen tegemoetkoming toe voor een ziekenhuisopname of voor ambulante verzorging, die een aanvang genomen heeft tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels:

• Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of geadopteerde kinderen
Indien één van de ouders aangesloten is bij MLOZ Insurance op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, dan is de pasgeborene gedekt vanaf zijn geboorte, net zoals het adoptiekind jonger dan drie jaar vanaf de adoptiedatum, zonder medische vragenlijst, op voorwaarde dat een kopie van de geboorteakte of adoptieakte ingediend wordt vóór het einde van de 3de maand die volgt op de geboorte of de adoptie en dat de eerste premie uiterlijk geïnd wordt op de laatste dag van de 6de maand die volgt op de aansluitingsdatum. De eerste premie zal pas verschuldigd zijn vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de geboorte of adoptie.
Dit geldt enkel als de gerechtigde van het kind, aangesloten in de verplichte verzekering, zijn wachttijd beëindigd heeft.
• Schorsing in geval van gevangenschap
In geval van gevangenschap en op verzoek van de verzekeringsnemer, kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de 1ste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekeringsnemer om een einde te maken aan deze periode van schorsing en op voorwaarde dat hij zijn aanvraag indient binnen de 90 dagen na het einde van de reden van schorsing en dat hij zijn premie betaald heeft binnen de 15 dagen na het verzoek tot betaling door MLOZ Insurance.
• Afwijking van de wachttijd bij ongeval
MLOZ Insurance verstrekt een tegemoetkoming voor elke ziekenhuisopname en alle ambulante verzorging als gevolg van een ongeval dat traumatische letsels veroorzaakt heeft, waarvan de behandeling van dien aard is dat ze onder de bepalingen van dit document valt, op voorwaarde dat het ongeval zich pas voordoet na de aansluitingsdatum. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstig advies van de Medische Adviseur van MLOZ Insurance.
• Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige hospitalisatieverzekeringen en de gelijkaardige Waarborgen 'Zware ziektes'
MLOZ Insurance verstrekt een tegemoetkoming voor de nieuwe verzekeringsnemers, die op basis van afdoende bewijsstukken, kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij MLOZ Insurance sinds 6 maanden gedekt waren door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van het type 'vergoeding van schade', dit is een verzekering waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van de werkelijke kosten die vermeld staan op de patiëntenfactuur, en door een gelijkaardige Waarborg 'Zware ziektes'.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

Voor alle dekkingen en kamertypes

Worden niet gedekt, de kosten van de hospitalisatie en de verzorging van een ziekte of een ongeval:

- die het gevolg zijn van oorlogsfeiten, met uitsluiting van terrorisme; de waarborg blijft evenwel bestaan tijdens de eerste 14 dagen na het begin van de vijandelijkheden indien de verzekeringsnemer verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland;
- door beoefening van een betaalde sport, ook de training;
- die het gevolg zijn van rellen, burgeroorlogen, alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of elke erkende macht, behalve als de verzekeringsnemer het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam;
- die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekeringsnemer zich onder de invloed van bedwelmende of verdovende middelen of van andere drugs bevond;
- die het gevolg zijn van vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf. Met 'wanbedrijf' beogen we ook de wanbedrijven die later geherkwalificeerd worden als overtredingen;
- die het gevolg zijn van een opzettelijke handeling van de verzekerde, behalve bij redding van personen of goederen, of van een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekeringsnemer. De opzettelijke schade spruit voort uit 'vrijwillig en bewust' gedrag van de verzekerde dat 'redelijkerwijze voorzienbare' schade veroorzaakt heeft. Het is evenwel niet vereist dat de verzekerde ook de bedoeling had de schade zoals die gebeurde, te berokkenen;
- die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie;
- die het gevolg zijn van kernreacties, met uitsluiting van terrorisme.

4.3. Einde van de waarborg

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het verzekeringscontract..

5. RECHT OP VERSTREKKINGEN

MLOZ Insurance en de verzekeringsnemer werken samen met het oog op de bepaling van het recht op verstrekkingen, dat bepaald wordt aan de hand van de geleverde inlichtingen. De verzekeringsnemer geeft aan de verzekeraar de toestemming om de vereiste inlichtingen in te winnen en hij verbindt er zich toe om zijn medewerking te verlenen aan de goede uitvoering van de maatregelen qua informatie en onderzoek, waartoe het onderzoek van het recht op verstrekkingen aanleiding geeft. De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die ongeschikt, niet relevant en overdreven blijkt te zijn in vergelijking met het onderzoek van het recht op verstrekkingen.
Als de verzekeringsnemer aanspraak kan maken op een schadevergoeding, dan treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekeringsnemer, tot de reikwijdte van zijn prestaties.
De overeenkomsten die de verzekeringsnemer gesloten heeft met derden over rechten die bestaan krachtens het verzekeringscontract of die ontstaan in uitvoering van het verzekeringscontract, zijn pas tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop deze laatste die rechten goedgekeurd heeft.

6. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGSNEMER

De verzekeringsnemer is verplicht om:

- zijn verklaringen en mededelingen schriftelijk of via elektronische weg in te dienen bij de zetel van de verzekeraar of via zijn afdelingen;
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk de datum mee te delen vanaf wanneer de voorwaarden voor het behoud van het contract niet langer vervuld zijn;
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk te waarschuwen over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt;
- aan de verzekeraar of zijn afdelingen alle gevraagde inlichtingen te bezorgen.

Als de verzekeringsnemer zondigt tegen de verplichtingen van het verzekeringscontract of de verplichtingen die voortvloeien uit de uitvoering van het contract en als die tekortkoming, na een schadegeval, een nadeel zou blijken op te leveren, dan kan de verzekeraar zijn prestaties dienovereenkomstig verminderen.

7. PREMIES

Maandbedragen in € op 01/01/2021, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd op 01/01/2021

Aangesloten bij het product Hospitalia Plus (taks 10% inbegrepen)			
Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar*		Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar*	
jonger dan 18 jaar	6,52	van 46 tot 49 jaar	21,75
van 18 tot 24 jaar	8,17	van 50 tot 59 jaar	26,68
van 25 tot 49 jaar	20,71	60 jaar en ouder	48,09
van 50 tot 59 jaar	25,41		
60 jaar en ouder	45,80		

Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar*		Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar*	
49 jaar**	22,77	van 55 tot 59 jaar	38,02
van 50 tot 59 jaar	27,93	60 jaar en ouder	68,61
60 jaar en ouder	50,36		

Na 01/01/1994, vanaf 60 jaar*	
59 jaar**	43,06
60 jaar en ouder	77,73

* Op de begindatum van de aansluiting
** Leeftijd op 1 januari van het jaar van aansluiting

Een verhoging van de premie van respectievelijk 5, 10, 50 en 70% wordt berekend op de basistarieven voor de verzekeringsnemers die, op de datum van aansluiting bij Hospitalia Plus, respectievelijk 46 tot 49 jaar, 50 tot 54 jaar, 55 tot 59 jaar en 60 tot 65 jaar zijn.

Aangesloten bij de Waarborg 'Zware ziektes' (taks 9,25% inbegrepen). Een aansluiting bij de Waarborg 'Zware ziektes' is alleen mogelijk als aanvulling bij Hospitalia Plus.			
jonger dan 18 jaar	0,30	van 50 tot 59 jaar	1,16
van 18 tot 24 jaar	0,37	60 jaar en ouder	2,12
van 25 tot 49 jaar	0,95		

Er is geen enkele verhoging van de premie van de Waarborg 'Zware ziektes'.

8. REGELS ROND BETALING VAN DE PREMIES

De verzekeringsnemer is de premie verschuldigd op de vervaldatum, volgens de overeengekomen periodiciteit (per kwartaal, halfjaarlijks of jaarlijks).
De premie is op voorhand opeisbaar en moet vooruitbetaald worden.
Ze wordt verstuurd naar het laatst gekende adres van de verzekeringsnemer. Wordt als een vooruitbetaling beschouwd, iedere premie die MLOZ Insurance ontvangt vóór de eerste dag van de eerste maand van het kwartaal, halfjaar of jaar of, in geval van domiciliëring bij de bank, binnen de eerste 10 dagen van de maand, het kwartaal, het halfjaar of het jaar.
De verzekeringsnemer die zijn premie niet betaald heeft vóór de eerste dag van het kwartaal, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven of per elektronisch gekwalificeerde aangetekende zending, waarin hij gesommeerd wordt tot de betaling van de premie binnen de 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op die van de deponering van het aangetekend schrijven bij de post of van de elektronisch gekwalificeerde aangetekende zending. Deze aanmaning brengt hem op de hoogte van de schorsing van de waarborg in geval van niet-betaling binnen bovenvermelde termijn. Zij vormt het vertrekpunt van de termijn van 45 dagen, waarna van rechtswege wordt overgegaan tot het ontslag. Wanneer de verzekeringsnemer zijn premie niet betaald heeft op het einde van een kwartaal, zal hem automatisch een forfaitaire vergoeding van € 15 aangerekend worden, bij wijze van herinneringskosten.
De verzekeringsnemer die ontslagen is, zal opnieuw kunnen aansluiten voor zover hij alle verschuldigde premies betaald heeft. Hij zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op verstrekkingen.

9. SEGMENTERING HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN

Als iemand aansluit bij een verzekeringscontract, dan passen de verzekeringsmaatschappijen segmenteringscriteria toe die een invloed hebben op zowel de toegang tot het verzekeringsproduct als de bepaling van de premies en de draagwijdte van de waarborg.
Hieronder treft u een overzicht aan van de verschillende criteria die MLOZ Insurance gebruikt in het kader van haar hospitalisatieverzekeringen. Die criteria zijn afhankelijk van het soort product.

De volgende criteria zouden in overweging genomen kunnen worden:

9.1. Bij het begin van het contract:

9.1.1. De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een behandeling en een ziekenhuisopname toe en stijgt het bedrag van de terugbetalingen, naarmate men ouder wordt. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de premie en de toegang tot het product.
a) De toegang kan beperkt worden naargelang van het gekozen product: de maximumleeftijd voor Hospitalia Plus is 65 jaar net zoals voor de Waarborg 'Zware ziektes', bijkomend bij Hospitalia Plus. Deze leeftijdsgrens is niet van toepassing op vooraf aangesloten verzekerden die in orde waren met hun premies aan een gelijkaardige verzekering bij een andere VMOB.
b) Naargelang van het gekozen product kan de aansluiting na een bepaalde leeftijd aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie.
9.1.2. De gezondheidstoestand en vooral de aanwezigheid van een bestaande aandoening/toestand/ziekte, want het risico op een behandeling en ziekenhuisopname kan hierdoor stijgen, net als het bedrag van de medische kosten. Hierdoor kan het ook gerechtvaardigd zijn dat bepaalde medische kosten, verbonden met een bestaande toestand/aandoening/ziekte, niet gedekt worden.
9.1.3. Het vroegere bestaan van een gelijkaardige verzekering heeft een impact op:
a) de toegang: de leeftijdsgrens (zie punt 9.1.1.a) is niet van toepassing op vooraf aangesloten verzekerden die in orde waren met hun premies aan een gelijkaardige verzekering bij een andere VMOB.
b) De wachttijd: de wachttijd kan beperkt of geschrapt worden voor de verzekerden die gedekt waren door een gelijkaardige verzekering tot de datum van hun aansluiting bij MLOZ Insurance. De wachttijd wordt dan ingekort met de duur van die verzekering.
MLOZ Insurance maakt geen onderscheid naar de aard van de verzekering (een commerciële verzekering of een verzekering bij een ziekenfonds) die de verzekerde genoot voor zijn (haar) aansluiting bij MLOZ Insurance, behalve voor de toepassing van de vooraf bestaande toestand bij zwangerschap (zie 9.1.2) :
- voor de vrouwelijke verzekerden die voorheen verzekerd waren door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van een ziekenfonds, geldt die beperking alleen wanneer de bevalling zich voordoet in de eerste 9 maanden die de cumulatie zijn van de verzekeringsperiode bij de vorige VMOB én Hospitalia Plus, zonder onderbreking.
- wanneer de vrouwelijke verzekerde vooraf al een gelijkaardige commerciële verzekering genoot, dan heeft die verzekerde in de eerste 9 maanden van aansluiting bij Hospitalia Plus recht op de terugbetalingen voor een bevalling, zij het met één beperking: als zij in een eenpersoonskamer verblijft, zullen de kamer- en ereloonsupplementen niet terugbetaald worden.
Dit onderscheid voor de Belgische ziekenfondsentiteiten gebeurt om de volgende redenen:
- het specifieke karakter van de ziekenfondsverzekeringen, namelijk het feit dat een wijziging van ziekenfonds de stopzetting van de verzekering met de overeenkomstige VMOB betekent, wat een flexibele behandeling rechtvaardigt van personen die voorheen bij een andere VMOB aangesloten waren, gezien het lage antiselectierisico in deze context;
- het behoud van de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen (vrijheid om het ziekenfonds te kiezen).

9.2. Tijdens het contract:

9.2.1. De leeftijd van de verzekerde want volgens statistische gegevens neemt de kans op een behandeling of ziekenhuisopname toe naarmate men ouder wordt. Dit criterium kan ook een impact hebben op het uitgegeven bedrag. Het bedrag van de premie stijgt dus in functie van de leeftijd van de verzekerde.
9.2.2. Het kamertype: in het kader van Hospitalia Plus leidt de keuze van een eenpersoonskamer tot de toepassing van een franchise van € 150 per ziekenhuisopname in een ziekenhuis dat meer dan 200% honorariumsupplementen ten opzichte van de overeenkomst aanrekent. De lijst met deze ziekenhuizen is beschikbaar op www.ziekenhuizenvrijstelling.be.

10. AANPASSING VAN DE PREMIE, DE VERSTREKKINGEN EN DE ALGEMENE VOORWAARDEN

De premie, de tariefvoorwaarden en de voorwaarden voor de dekking van de verstrekkingen worden bepaald door rekening te houden met de parameters die vervat zijn in het technische plan dat de verzekeraar samenstelt op basis

van actuariële criteria en verzekeringstechnieken.
Onverminderd de wettelijke mogelijkheden voor de aanpassing van de premies en los van hun aanpassing aan de index op de consumptieprijzen, of de medische index verbonden respectievelijk aan de waarborg 'eenpersoonskamer' voor Hospitalia Plus en aan de waarborg 'ambulante verzorging' voor de Waarborg 'Zware ziektes' mogen de premies niet verhoogd worden.
Voor de toepassing van de indexering worden de indexvoet van april van het lopende jaar en de indexvoet van april van het vorige jaar met elkaar vergeleken. Voor Hospitalia Plus zullen de premies echter jaarlijks verhoogd worden met 1,5% boven de geldende index. Deze indexschommeling wordt uitgedrukt in een percentage en kan toegepast worden op de premie en op de verstrekkingen zoals die golden vóór de indexaanpassing.
MLOZ Insurance kan jaarlijks beslissen om de indexeringsmogelijkheden van de premies op basis van deze indexen niet toe te passen of slechts gedeeltelijk toe te passen.
De premies worden evenwel verhoogd in functie van de toepasbare belastingen op dat vlak.
De premies evenals de dekking kunnen gewijzigd worden overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016.

11. TERUGBETALINGEN HOSPITALIA PLUS

11.1. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in België

De tegemoetkoming is verschuldigd in geval van ziekenhuisopname in een erkende dienst. Het gaat hier om de volgende diensten:

19	(n)	afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
21	(C)	dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
22	(D)	dienst voor diagnose en medische behandeling
23	(E)	dienst voor kindergeneeskunde
24	(H)	dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
25	(L)	dienst voor besmettelijke ziekten
26	(M)	kraamdienst
27	(N)	dienst voor intensieve neonatale verzorging
29		eenheid voor de behandeling van patiënten met zware brandwonden
34	(K)	dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
37	(A)	dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
41	(T)	psychiatrische dienst (dag en nacht)
48	(IB)	dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten
49	(I)	dienst intensieve verzorging

en binnen de voorziene limieten:

30	(G)	dienst voor geriatrie en revalidatie
61 tot 66	(Sp)	gespecialiseerde diensten:
	61	hart- en longaandoeningen
	62	locomotorische aandoeningen
	63	neurologische aandoeningen
	64	chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorg nodig is
	65	chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorg nodig is
	66	psycho-geriatrische aandoeningen

1. In geval van volledige ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer: integrale terugbetaling op basis van de patiëntenfactuur en de honorariumnota van het bedrag van de ziekenhuisfactuur, behalve voor de 3 plafonds (zie 2.5, 2.6 en 2.9 hieronder).

2. Bij een verblijf in een eenpersoonskamer, terugbetaling op basis van de patiëntenfactuur en de honorariumnota van:

2.1. de kamersupplementen tot maximaal € 125 per dag.
2.2. de begeleidingskosten van vader of moeder in de kamer van zijn/haar gehospitaliseerd kind, jonger dan 19 jaar.
2.3. de verblijfskosten van de donor die vrijwillig een orgaan afstaat, als die gift medisch noodzakelijk is, dit tijdens de ziekenhuisopname van de ontvanger.
2.4. de farmaceutische producten in het ziekenhuis die terugbetaald worden door de verplichte verzekering.
2.5. de farmaceutische producten in het ziekenhuis die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, tot een maximumbedrag van € 1.200 per opnamegeval. In zware medische situaties kan de Medische Adviseur van MLOZ Insurance afwijken van dit plafond voor behandelingen die evidence-based zijn, op basis van het medische dossier van de verzekerde. Als er € 2.500 of meer ten laste blijft van de patiënt, dan zal hoogstens één keer per jaar een terugbetaling van € 2.400 toegekend kunnen worden.
2.6. de parafarmaceutische producten in het ziekenhuis tot een maximumbedrag van € 250 per ziekenhuisopname. Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die 'evidence-based' zijn. Als er € 5.000 of meer ten laste blijft van de patiënt, dan zal hoogstens één keer per jaar een terugbetaling van € 500 toegekend kunnen worden.
2.7. de persoonlijke aandelen, met inbegrip van het geneesmiddelenforfait - wettelijk ten laste van de rechthebbende - vermeld in de kolom 'persoonlijk aandeel patiënt' van de patiëntenfactuur en van de honorariumnota.
2.8. de ereloonsupplementen aan ten hoogste 300% van het overeenkomstentarief.
2.9. de protheses, implantaten, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen en andere leveringen:

- Protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die terugbetaald worden door de verplichte verzekering, naar rata van de in werkelijkheid door het ziekenhuis aangerekende prijs, voor zover dit bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een implantaat, een prothese of een niet-implanteerbaar medisch hulpmiddel.
- Protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, naar rata van maximaal € 5.000 per opnamegeval, op basis van de in werkelijkheid door het ziekenhuis aangerekende prijs, voor zover dit bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een implantaat, een prothese of een niet-implanteerbaar medisch hulpmiddel.
  In zware medische situaties kan de Medische Adviseur afwijken van dit plafond voor behandelingen die evidence-based zijn, op basis van het medische dossier van de verzekerde. Als er € 10.000 of meer ten laste blijft van de patiënt, dan zal hoogstens één keer per jaar een terugbetaling van € 10.000 toegekend kunnen worden.
- Kosten die wettelijk ten laste van de patiënt blijven voor de andere leveringen, dit naar rata van 300% van het overeenkomstentarief. Voor de leveringen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming tegen het overeenkomstentarief, is er terugbetaling tot het bedrag van de aangerekende prijs.

2.10. steun- en/of compressiekousen naar rata van het aangerekende bedrag aan de patiënt.
2.11. de honoraria die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, met een maximum van € 1.000 per geval van ziekenhuisopname.
2.12. Er wordt een franchise van € 150 per ziekenhuisopname toegepast in geval van een verblijf van minstens een nacht in een eenpersoonskamer in een ziekenhuis dat ereloonsupplementen van meer dan 200% aanrekent in vergelijking met het overeenkomstentarief. Het bedrag van deze franchise van € 150 wordt afgetrokken van het totaal van de terugbetalingen.
Er wordt geen franchise toegepast voor ziekenhuizen die zich in het kader van hun jaarlijkse verklaring ertoe verbinden, voor het volledige kalenderjaar volgend op de verklaring, geen ereloonsupplementen van meer dan 200% aan te rekenen.
De lijst van de ziekenhuizen waarbij de franchise van toepassing is, wordt opgesteld met toepassing op 1 januari.
De nieuwe lijst zal van toepassing zijn voor alle schadegevallen waarvan het begin van het verblijf samenvalt of volgt op de datum van inwerkingtreding van de nieuwe lijst

Lijst 2021 van de ziekenhuizen met ereloonsupplementen van meer dan 200%:

- C.H. EPICURA (RHMS) – Ath, Baudour, Hornu
- C.H.U DE TIVOLI - La Louvière
- JULES BORDET INSTITUUT - Brussel
- C.H.U. AMBROISE PARE - Mons
- C.M.P. LA RAMEE - Brussel
- CHIREC (Edith Cavell, Basilique, Parc Léopold, Ste-Anne/St-Remi, Braine l'Alleud- Waterloo en Delta) - Brussel en Braine l'Alleud
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosselies)
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC - Brussel
- U.V.C. BRUGMANN - Brussel
- ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID (Baron Lambert, Etterbeek-Elsene, Bracops en Molière) - Brussel
- CENTRE DE SANTE DES FAGNES - Chimay
- CLINIQUE CHC MONT LEGIA - Liège
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Hermalle/Argenteau
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Waremme
- C.H.C / CLINIQUE SAINTE-ELISABETH - Verviers (Heusy)
- UZ Gent - Gent

Deze lijst is raadpleegbaar via www.ziekenhuizenvrijstelling.be.

3. Tegemoetkoming van € 7 per dag ten gunste van de begeleider die verbleven heeft in een opvangtehuis van een ziekenhuis of in een zorghotel, tijdens de door de MLOZ Insurance terugbetaalde ziekenhuisopname van de verzekerde.
4. Tegemoetkoming in de kraamzorg, na de ziekenhuisopname, naar rata van € 20 per dag gedurende een maximumperiode van 7 dagen, per bevalling, te rekenen vanaf de dag die volgt op de dag van het vertrek uit het ziekenhuis.
5. In geval van ziekenhuisopname of daghospitalisatie, tegemoetkoming in de werkelijk gedragen kosten van het dringend vervoer (na oproep naar de dienst 100/112) naar het ziekenhuis, naar rata van maximum € 500 per kalenderjaar, na iedere andere tegemoetkoming.
6. Terugbetaling van de wettelijke voorschotten die aan het ziekenhuis gestort worden, ten vroegste bij het begin van de betrokken ziekenhuisopname, op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis dat de betaling van een dergelijk voorschot attesteert en op voorwaarde dat de verzekeringsnemer recht heeft op de voordelen van MLOZ Insurance zonder beperking wegens vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden. Als achteraf zou blijken dat de ziekenhuisopname niet gedekt kan worden of dat het bedrag van het voorschot hoger is dan de tegemoetkoming van MLOZ Insurance, of als de verzekeringsnemer zijn factuur niet voorlegt, dan zal het verschuldigde bedrag teruggevorderd worden.
De verzekeringsnemer zal een forfaitair bedrag van € 15 moeten betalen voor de herinneringskosten, als hij het opgeëiste te veel geïnde bedrag niet terugbetaalt.

Beperkingen in geval van opname in de diensten 34, 37, 41 en 48

De tegemoetkoming in de diensten 34, 37, 41 en 48 is beperkt tot 40 dagen per jaar.

11.2. Tegemoetkomingen voor de dagopnames in België

De terugbetaling is identiek aan de terugbetaling van de ziekenhuisopnames maar zonder franchise (punt 11.1), behalve voor de terugbetaling van verblijfskosten in een eenpersoonskamer, die beperkt is tot maximaal € 80 en maximaal 100% van het overeenkomstentarief voor honorariumsupplementen.

11.3. Thuisbevalling in België

Tegemoetkoming naar rata van een eenmalig forfait van € 700 dat alle kosten moet dekken, met inbegrip van de verzorging vóór en na de bevalling (60 dagen vóór en 180 dagen erna).

11.4. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in het buitenland

De tegemoetkoming voor de dekking van de werkelijke kosten bedraagt maximaal € 360 per dag na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering volgens het Belgische tarief of van het land waar de ziekenhuisopname gebeurd is.
De tegemoetkomingen in het buitenland gelden ook voor studenten die, in het kader van hun studies, tijdelijk in het buitenland verblijven.
De duur van de tegemoetkoming is beperkt tot het aantal dagen per opname of per kalenderjaar in bepaalde diensten, zoals bij een ziekenhuisopname in België. De dagopname (one-day clinic) wordt niet gedekt in het buitenland.
Voor de vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden wordt de tegemoetkoming enkel beperkt bij verblijven in een eenpersoonskamer. De aangerekende kamer- en honorariumsupplementen zijn dan uitgesloten.

11.5. Waarborg zware ziektes (in optie)

11.5.1. Tegemoetkomingen

Tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verzorging die toegediend wordt buiten een ziekenhuisverblijf voor de volgende zware ziektes (31): *kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Alzheimer, aids, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidosis, ziekte van Crohn, brucellose, levercirrose ingevolge hepatitis, sclerodermie met aantasting van de organen, diabetes type I, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, nierinsufficiëntie waardoor men niet zonder dialyse kan, orgaantransplantatie (met uitzondering van hoornvlies- en huidtransplantatie)* na toestemming van de Medische Adviseur en naar rata van een maximumplafond van € 7.000 per jaar.
De geneeskundige verzorging moet toegediend worden in België, medisch noodzakelijk zijn, voorgeschreven door een arts, opgenomen in de nomenclatuur, rechtstreeks in verband met de zware ziekte en toegediend tijdens de periode van de toekenning van de waarborg, zoals deze aanvaard werd door de Medische Adviseur.
De waarborg zware ziektes is evenwel slechts verworven voor zover de diagnose van de zware ziekte niet vóór de aansluiting bij deze waarborg gesteld werd.

De voordelen van deze waarborg zijn de volgende:
1. De raadplegingen en bezoeken van huisartsen en specialisten, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de inwendige geneeskunde, de dermato-venereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg, de urgentietoeslag, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoestiek, de anatomo-pathologie, de genetiek, de speciale verstrekkingen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie, worden terugbetaald aan de wettelijke remgelden en honorariumsupplementen, met een beperking tot 100% van het tarief van de overeenkomst.
2. Allopatische farmaceutische producten, magistrale bereidingen en pruiken (haarprotheses) op medisch voorschrift worden terugbetaald naar rata van de prijs die de patiënt in werkelijkheid betaald heeft, indien tegemoetkoming van de verplichte verzekering.
3. De huur van medisch materiaal wordt terugbetaald, na een mogelijke tegemoetkoming van de aanvullende diensten van de ziekenfondsen.

11.5.2. Tegemoetkomingsvoorwaarden

Om deze waarborg te kunnen genieten, moet de verzekerde het akkoord aanvragen bij de Medische Adviseur. Hij zal een attest van een arts overhandigen, waarin de diagnose van de zware ziekte van de patiënt zal vermeld worden, bevestigd door biologische of anatomo-pathologische onderzoeken of medische beeldvorming of andere in medische kringen gewoonlijk erkende onderzoeken, op basis waarvan de Medische Adviseur van Hospitalia het genot van de waarborg zal aanvaarden of weigeren voor een periode van één jaar per zware ziekte, die begint te lopen op de dag van het getuigschrift van de geneesheer.
Dit akkoord kan vernieuwd worden per periode van één jaar voor dezelfde ziekte, al dan niet onmiddellijk na de eerste periode.
Indien de Medische Adviseur van Hospitalia van oordeel is dat hij bijkomende inlichtingen nodig heeft, dan beschikt de verzekerde over 45 dagen om daaraan een gevolg te geven, te rekenen vanaf de datum van de verzending van de aanvraag door de Medische Adviseur.

- Indien deze termijn nageleefd wordt, dan begint de waarborg, in geval van medische aanvaarding, te lopen op de dag van het getuigschrift van de geneesheer.
- Wordt de termijn niet nageleefd, dan begint de waarborg, in geval van medische aanvaarding te lopen op de dag die volgt op de ontvangstdatum van de bijkomende stukken.
- Indien de termijn de 90 dagen overschrijdt, dan moet er een nieuwe aanvraag ingediend worden.

De beslissing tot aanvaarding of tot weigering van de toekenning van de waarborg wordt per brief medegedeeld aan de verzekerde, met vermelding van de periode die gedekt wordt door de waarborg zware ziektes.

11.6. Tegemoetkomingen in verzorging vóór het ziekenhuisverblijf

De verzorging vóór het ziekenhuisverblijf moet verstrekt zijn in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname die volgt en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover MLOZ Insurance ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de opname in kwestie.
Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie.
De tegemoetkoming beoogt:

- de terugbetaling van 100% van het persoonlijk aandeel in de kosten van de in het kader van de ziekteverzekering vergoedbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen, die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 60 dagen voorafgaand aan de ziekenhuisopname in kwestie;
- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen beperkt tot 100% van het overeenkomstentarief, met betrekking tot de verzorging vóór de ziekenhuisopname.

Onder verzorging vóór een ziekenhuisverblijf verstaan we de raadplegingen en bezoeken van huisartsen en specialisten, de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde dringende verzorging, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, radio- en radiumtherapie, nucleaire geneeskunde, interne geneeskunde, dermato-venerologie, klinische biologie, urgentietoeslagen, anatomo-pathologie, vroedvrouwen, kinesitherapie, verpleegkundige verzorging met de volgende codes: 421072 - 421094 - 423054 - 423076 - 423091 - 423113 - 423253 - 423275 - 423290 - 423312 - 424491 - 424513 - 424535 - 425014 - 425036 - 425051 - 425176 - 425191 - 425213 - 425375 – 425412 - 425434 - 425456 - 425596 - 425611 - 425773 - 427416 - 427431 - 427475 - 427534, radio-isotopen, ambulant verleend gedurende de periode van 60 dagen voorafgaand aan de hospitalisatie. Indien de periode van 60 dagen voorafgaand aan de ten laste genomen ziekenhuisopname samenvalt met een periode van nazorg, dan heeft de verzekerde recht op de gunstigste terugbetaling.

Uitsluiting: de verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis zal niet terugbetaald worden wanneer het gaat om een verblijf in een dienst 30 (geriatrie), in diensten 34, 37, 41 en 48 (psychiatrie) en in diensten 61 tot 66 (specialiteiten), met uitzondering van de ambulante verzorging in de dienst spoedgevallen.

11.7. Tegemoetkoming in verzorging na de ziekenhuisopname

11.7.1. Nazorg

De verzorging na de ziekenhuisopname moet verstrekt zijn in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname die voorafging en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover MLOZ Insurance ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de opname in kwestie.
Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie.
De tegemoetkoming van Hospitalia Plus beoogt:

- de terugbetaling van 100% van het persoonlijk aandeel in de kosten van de in het kader van de ziekteverzekering vergoedbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen, die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden binnen 180 dagen, volgend op de desbetreffende ziekenhuisopname;
- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen beperkt tot 100% van het overeenkomstentarief, met betrekking tot de nazorg (de verstrekkingen moeten uitgevoerd zijn binnen de 180 dagen volgend op de ziekenhuisopname).

Onder nazorg dient men de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten te verstaan, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de inwendige geneeskunde, de dermato-venereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de urgentietoeslag, de anatomo-pathologie, de vroedvrouwen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorg, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie, de locomotorische revalidatie voor de volgende codes: 776156 – 776171 – 773791 – 773776 – 773872 – 773754 ¬ 773673 – 773813 – 773614 - 773732, die ambulant uitgevoerd werden binnen 180 dagen na de ziekenhuisopname, de plaatsing van de Bahaprocessor die ambulant uitgevoerd wordt tijdens de periode van 90 dagen die volgt op de ziekenhuisopname, voor zover die verzorging in België verstrekt werd en rechtstreeks verband houdt met de ziekenhuisopname.
De terugbetaling van de Bahaprocessor is afhankelijk gemaakt van de voorwaarde dat een eerste Baha-elektrode al geplaatst is en terugbetaald werd door MLOZ Insurance tijdens een ziekenhuisopname of een daghospitalisatie.
Onder de tegemoetkoming vallen ook spalken, tot een maximumbedrag van € 50 per ziekenhuisopname, wanneer ze voorgeschreven zijn door een arts en binnen de 180 dagen na de hospitalisatie werden afgeleverd, op voorwaarde dat ze rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.
Wat de kinesitherapie-, fysiotherapie- en hartrevalidatiezittingen betreft, deze worden beperkt tot 45 voor het geheel van die 3 soorten van verstrekkingen en moeten uitgevoerd zijn binnen de 180 dagen na de periode van ziekenhuisopname.
Indien de periode van ten laste genomen nazorg samenvalt met een periode van verzorging vóór een ziekenhuisverblijf, dan heeft de verzekeringsnemer recht op de voordeligste terugbetaling.

Uitsluiting: de nazorg wordt niet terugbetaald na een verblijf in dienst 30 (geriatrie), in diensten 34, 37, 41 en 48 (psychiatrie) en in diensten 61 tot 66 (specialiteiten).

11.7.2. Verblijven na de ziekenhuisopname

Een forfait van € 15 per dag wordt toegekend voor elk tijdelijk verblijf in een herstelhotel of zorghotel.

De tegemoetkoming wordt toegekend voor zover het verblijf aangevat werd binnen 14 dagen na het verlaten van het ziekenhuis. Ze blijft beperkt tot 15 dagen per kalenderjaar.

12. HULPVERLENING IN BELGIE – 'Hospitalia Assist'

12.1. Doel en draagwijdte van de bijstand

'Hospitalia Assist' biedt de hieronder opgesomde diensten aan tot de aangegeven limieten (bedragen inclusief alle belastingen), aan de verzekeringsnemers van Hospitalia Plus die hun wachttijd beëindigd hebben en die recht hebben op de tussenkomst van MLOZ Insurance in het kader van een ziekenhuisopname, een daghospitalisatie of een zware ziekte, in België, gedekt door Hospitalia Plus of de Waarborg 'Zware ziektes'.

Deze diensten zijn aangeboden op voorwaarde dat de verzekerde geïmmobiliseerd is, lichamelijk of geestelijk afhankelijk is voor zijn (haar) dagelijkse handelingen, en dat de feitelijk of wettelijk samenwonenden van de verzekerde fysiek of geestelijk niet in staat zijn om de hieronder beschreven diensten op zich te nemen.
De diensten, georganiseerd en ten laste genomen door Hospitalia Assist, blijven per verzekerde beperkt tot een totaal maximumbedrag van € 1.000 per gebeurtenis (ziekenhuisopname of zware ziekte) met een maximum van 2 gebeurtenissen per kalenderjaar, voor alle hieronder vermelde diensten. De diensten mogen gecumuleerd worden.
Onder gebeurtenis verstaat men een ziekenhuisopname of het begin van de behandeling van een zware ziekte die de verzekerde afhankelijk maakt voor zijn of haar dagelijkse handelingen.
Onder interventie verstaat men de tussenkomst van een hulpverlener van de bijstands- of oppasdienst.

12.2. Territoriale geldigheid

De bijstand is enkel van toepassing op het Belgische grondgebied.
Behoudens andersluidend beding, wordt de bijstand verleend in de wettelijke woonplaats of in de door de verzekerde gekozen woonplaats.

12.3. Verplichtingen van de verzekerden

De verzekerde is verplicht om een beroep te doen op Hospitalia Assist én om haar instructies op te volgen, zodat deze laatste de hieronder beschreven diensten kan organiseren.
De bijstand, kosten of diensten komen alleen voor een vergoeding in aanmerking als de voorafgaande toestemming van Hospitalia Assist is gevraagd en als deze laatste haar toestemming heeft gegeven.
De kosten, aangegaan ter gelegenheid van een door de verzekerde georganiseerde bijstand, worden hoe dan ook pas vergoed na vertoon van de kostennota's en van alle bewijzen voor de feiten die recht geven op de waarborg.
De kosten, aangegaan ter gelegenheid van de door de verzekerde georganiseerde bijstand, worden slechts vergoed tot de bedragen die in de Algemene voorwaarden zijn vermeld en binnen de grenzen van de kosten die Hospitalia Assist zou hebben vergoed als zij de hulp zelf had georganiseerd. De verzekerde moet alle nodige maatregelen treffen om van de sociale zekerheid en elke andere verzekeringsmaatschappij de terugbetaling van zijn kosten te krijgen. Indien de verzekerde andere verzekeringen heeft die hetzelfde risico dekken, dan moet hij Hospitalia Assist op de hoogte brengen van de waarborgen en de identiteit van deze verzekeraars.
De verzekerde verbindt zich ertoe om de met Hospitalia Assist overeengekomen verplichtingen voor de organisatie van de bijstand na te komen. Indien de verzekerde een van de hierboven vermelde verplichtingen niet nakomt en indien er een oorzakelijk verband is tussen die niet-naleving van de verplichting en het schadegeval, met nefaste gevolgen voor Hospitalia Assist, dan kan deze laatste weigeren om tussen te komen en haar verstrekking beperken naar rata van het bedrag van de geleden schade. Elk bedrieglijk oogmerk, elke opzettelijke weglating of opzettelijke onjuistheid in de verklaring leidt steeds tot het verlies van alle rechten op de verstrekkingen van de verzekering.

12.4. Toekenningsvoorwaarden van de bijstandsdienst

De verzekerde of, bij onmogelijkheid, een naaste neemt contact op met Hospitalia Assist op 02 560 47 86 (24u op 24u vanaf april 2020), zodat de overeengekomen dienstverlening kan worden geregeld. Bijstand, kosten of diensten komen alleen voor een vergoeding in aanmerking als de voorafgaande toestemming van Hospitalia Assist is gevraagd en als deze laatste haar toestemming heeft gegeven.
De aanvraag moet worden geformuleerd binnen de 30 dagen, volgend op het einde van de ziekenhuisopname of de behandeling, gedekt door de verzekering Hospitalia Plus in het kader van een zware ziekte.
De verzekerde moet Hospitalia Assist onmiddellijk, en in ieder geval binnen de 30 dagen na het verzoek om bijstand, alle nuttige informatie bezorgen én de vragen beantwoorden die hem gesteld worden om de omstandigheden en de omvang van de noden en de te leveren verstrekkingen te kunnen bepalen.
De verzekerde verbindt zich ertoe om de met Hospitalia Assist overeengekomen verplichtingen voor de organisatie van de bijstand na te komen. Indien de verzekerde een van de hierboven vermelde verplichtingen niet nakomt en indien er een oorzakelijk verband is tussen die niet-naleving van de verplichting en het schadegeval, met nefaste gevolgen voor Hospitalia Assist, dan kan deze laatste weigeren om tussen te komen en haar verstrekking beperken naar rata van het bedrag van de geleden schade. Elk bedrieglijk oogmerk, elke opzettelijke weglating of opzettelijke onjuistheid in de verklaring leidt steeds tot het verlies van alle rechten op de verstrekkingen van de verzekering.
Als blijkt dat de gebeurtenis die aanleiding gegeven heeft tot de verstrekkingen geen gedekt schadegeval is, dan zal Hospitalia Assist de verzekerde vragen om de aangegane kosten terug te betalen.

12.5. Waarborgen van de bijstand

Voor alle verstrekkingen op het gebied van bijstand en oppas, blijft de tegemoetkoming van Hospitalia Assist beperkt tot maximaal 8 aaneengesloten uren per gebeurtenis. Voor de scholing en pedagogische ondersteuning is de tegemoetkoming van maximaal 40 uur in totaal beperkt tot zittingen van minimaal 2 en maximaal 4 uur per zitting, met maximaal 5 tegemoetkomingen ter plaatse, de andere zittingen verlopen via videoconference. Voor de toepassing van dit maximum wordt rekening gehouden met het jaar waarin de ziekenhuisopname of de zware ziekte plaatsvindt.

1. Tijdens de ziekenhuisopname

Tijdens een gedekte ziekenhuisopname, zal Hospitalia Assist de hieronder beschreven diensten organiseren en/of ten laste nemen.

1.1. Thuishulp

Als geen enkele naaste thuishulp kan geven aan de gehospitaliseerde verzekerde, organiseert en bekostigt Hospitalia Assist de thuishulp die dient om de volgende diensten te leveren: schoonmaken (huishoudhulp), strijken, maaltijden thuis voor mensen die onder hetzelfde dak wonen.
Elke prestatie duurt ten minste 4 (vier) uur, inclusief de reistijd naar de woonplaats van de rechthebbende, en kan, uitgezonderd feestdagen, van maandag tot en met zaterdag tussen 08.00 en 19.00 uur worden verleend.

1.2. Kinderoppas

Indien een verzekerde, vader of moeder van één of meer minderjarige kinderen, niet in staat is om voor zijn of haar kind(eren) te zorgen en geen enkele naaste kan inspringen voor de oppas van zijn of haar kind(eren), dan zal Hospitalia Assist de oppas organiseren en ten laste nemen van het kind (de kinderen) van de gehospitaliseerde verzekerde.
Elke kinderopvang duurt minimaal 4 (vier) uur per dag, inclusief de reistijd naar het huis van de rechthebbende, en kan, feestdagen uitgezonderd, van maandag tot en met zaterdag tussen 08.00 en 19.00 uur verleend worden.
De missie bestaat uit de opvang thuis van het kind van de gehospitaliseerde verzekerde, de bereiding van de maaltijden en de dagelijkse verzorging van het kind. Tijdens zijn (haar) uren aanwezigheid kan de kinderoppas de kinderen begeleiden naar de crèche, naar school of naar hun buitenschoolse activiteiten en ze terug gaan ophalen.
Deze verstrekking wordt ook verleend in geval van een thuisbevalling, terugbetaald door de Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand of in geval van een bevalling, terugbetaald door de Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, tijdens het verblijf van de moeder in het ziekenhuis of direct na een kortverblijf (maximaal 2 nachten) van de moeder in het ziekenhuis. Deze verstrekking wordt na een bevalling alleen toegekend in de 5 dagen, volgend op de bevalling.

1.3. Oppas van huisdieren

Hospitalia Assist organiseert en bekostigt de opvang, inclusief voedselkosten, of het vervoer van de huisdieren (honden en katten) naar een door de gehospitaliseerde verzekerde aangewezen naaste, woonachtig in België. De dieren in kwestie moeten alle wettelijk verplichte vaccinaties gehad hebben.

1.4. Scholing en pedagogische ondersteuning

Hospitalia Assist organiseert en bekostigt pedagogische ondersteuning en onderricht voor minderjarige kinderen die omwille van een ziekenhuisopname van meer dan 14 opeenvolgende dagen in de onmogelijkheid verkeren om de lessen bij te wonen.
Deze steun wordt, onder voorbehoud van de uitdrukkelijke toestemming van de zorginstelling, toegekend voor de effectieve duur van het lopende schooljaar, tijdens de normale schooldagen en wordt stopgezet zodra het kind het normale onderwijs heeft hervat of aan het einde van het schooljaar.

1.5. Vervoer van een door de verzekerde aangewezen persoon

Als, tijdens de gedekte ziekenhuisopname:
- kinderen/kleinkinderen die onder hetzelfde dak wonen als de verzekerde, naar school en/of naar een naaste moeten gaan;
- de naasten zich naar het ziekbed van de verzekerde wensen te begeven of zich willen bekommeren om de zorg voor de kinderen/kleinkinderen die onder hetzelfde dak als de verzekerde wonen, Hospitalia Assist zal het vervoer heen en terug organiseren en ten laste nemen wanneer zij zich niet met eigen middelen kunnen verplaatsen.

Voor alle vervoerdiensten, blijft de tegemoetkoming van Hospitalia Assist beperkt tot € 125, per vervoer en € 250, per gebeurtenis.

2. Na een terugbetaalde gebeurtenis (ziekenhuisopname, zware ziekte)

Indien de verzekerde, naar aanleiding van een gedekte gebeurtenis, geïmmobiliseerd is op medisch voorschrift of afhankelijk is voor zijn of haar dagelijkse handelingen, dan zal Hospitalia Assist de hieronder beschreven prestaties organiseren en ten laste nemen.

2.1. Ziekenoppas na een dagopname

Hospitalia Assist organiseert binnen de 24 uur én bekostigt een ziekenoppas voor een alleenstaande verzekerde die gehospitaliseerd werd in one-day, tijdens de nacht die onmiddellijk volgt op die daghospitalisatie, dit gedurende maximaal 12 uur, tussen 19.00 en 8.00 uur.
Om deze dienst te kunnen genieten, moet de alleenstaande verzekerde:
- aan de ziekenoppas een medisch attest bezorgen van de arts die de dagopname verzorgd heeft, waarin staat dat die dagopname plaatsgevonden heeft en dat er een oppas nodig is, zonder verpleegkundige verzorging;
- over een telefoon beschikken.

2.2. Thuishulp

Als geen enkele naaste hulp kan bieden, dan organiseert en bekostigt Hospitalia Assist de thuishulp die de volgende diensten zal leveren: schoonmaken (huishoudhulp), strijken, de maaltijden thuis. Elke prestatie duurt ten minste 4 (vier) uur, inclusief de reistijd naar de woonplaats van de rechthebbende, en ze kan, uitgezonderd op feestdagen, van maandag tot en met zaterdag tussen 08.00 en 19.00 uur worden verleend.

2.3. Levering van essentiële aankopen
Indien de verzekerde zich niet kan verplaatsen en geen enkele naaste kan helpen, zal Hospitalia Assist de levering organiseren en ten laste nemen van geneesmiddelen, op medisch voorschrift voorgeschreven sinds minder dan 24 u en die de verzekerde onmiddellijk absoluut nodig heeft. Idem voor de essentiële benodigdheden, onder voorbehoud van hun beschikbaarheid. De kosten met betrekking tot de aankoop zelf blijven ten laste van de verzekerde. Hospitalia Assist schiet, indien nodig, het geld voor de aankoop van geneesmiddelen voor, maar de verzekerde zal dit bedrag, bij de levering moeten terugbetalen.

2.4. Kinderoppas
Indien een verzekerde, vader of moeder van één of meer minderjarige kinderen, niet in staat is om voor zijn of haar kind(eren) te zorgen en geen enkele naaste kan inspringen voor de oppas van zijn of haar kind(eren), dan zal Hospitalia Assist de oppas organiseren en ten laste nemen van het kind (de kinderen).
Elke kinderopvang duurt minimaal 4 (vier) uur per dag, inclusief de reistijd naar de woonplaats van de rechthebbende, en kan, feestdagen uitgezonderd, van maandag tot en met zaterdag tussen 08.00 en 19.00 uur verleend worden. De missie bestaat uit de opvang thuis van het kind van de verzekerde, de bereiding van de maaltijden en de dagelijkse verzorging van het kind. Tijdens zijn (haar) uren aanwezigheid kan de kinderoppas de kinderen begeleiden naar de crèche, naar school of naar hun buitenschoolse activiteiten en ze terug gaan ophalen.
Deze verstrekking wordt ook verleend in geval van een thuisbevalling, terugbetaald door de Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand of in geval van een bevalling, terugbetaald door de Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, tijdens het verblijf van de moeder in het ziekenhuis of direct na een kortverblijf (maximaal 2 nachten) van de moeder in het ziekenhuis. Deze verstrekking wordt na een bevalling alleen toegekend in de 5 dagen, volgend op die bevalling.

2.5. Oppas van huisdieren
Naar aanleiding van een gedekte hospitalisatie, zal Hospitalia Assist de oppas of de dagelijkse wandeling organiseren en ten laste nemen van de huisdieren (honden en katten, met uitsluiting van andere dieren).

2.6. Scholing en pedagogische ondersteuning
Hospitalia Assist organiseert en bekostigt pedagogische ondersteuning en onderricht voor minderjarige kinderen die gedurende meer dan 14 opeenvolgende dagen in de onmogelijkheid verkeren om de lessen bij te wonen. Deze steun wordt toegekend voor de effectieve duur van het lopende schooljaar, tijdens de normale schooldagen en wordt stopgezet zodra het kind de lessen op normale wijze hervat heeft of aan het einde van het schooljaar.

2.7. Vervoer met het oog op de oppas van kinderen of kleinkinderen
Indien een verzekerde, vader of moeder van één of meer minderjarige kinderen, niet in staat is om voor zijn of haar kind(eren) te zorgen, dan organiseert en betaalt Hospitalia Assist het traject heen en terug van:
- ofwel een naaste of persoon die in België verblijft en die door de verzekerde wordt aangewezen om voor zijn of haar minderjarige kinderen of kleinkinderen te zijnen (haren) laste te zorgen;
- ofwel minderjarige kinderen of kleinkinderen naar een door de verzekerde aangewezen naaste die in België woont, desgevallend onder begeleiding van een door de verzekerde of door Hospitalia Assist aangewezen naaste.

2.8. Vervoer van de kinderen naar school
Als de verzekerde niet in staat is om zijn (haar) kinderen naar school te rijden, organiseert en betaalt Hospitalia Assist het vervoer van minderjarige kinderen van en naar school.
Voor alle vervoersdiensten blijft de tegemoetkoming van Hospitalia Assist beperkt tot € 125, per vervoer en tot € 250, per gebeurtenis.

2.9. Niet-dringend vervoer van de verzekerde
Indien de verzekerde niet met eigen middelen kan reizen, organiseert en betaalt Hospitalia Assist zijn of haar vervoer heen en terug
- naar een ziekenhuis of medisch centrum voor controlebezoeken;
- naar een medische, paramedische of farmaceutische instelling;
- naar zijn (haar) werkplek.

Voor alle vervoerdiensten, blijft de tegemoetkoming van Hospitalia Assist beperkt tot € 125, per vervoer en € 250, per gebeurtenis.
In geval van een dringende ziekenhuisopname moet de verzekerde eerst een beroep doen op de nationale hulpdiensten.

3. Bijkomende hulpverlening

3.1. Niet-dringende ziekenhuisopname
Bij een opname omwille van een niet-dringende hospitalisatie op voorschrift van een arts, zal Hospitalia Assist op vraag van de verzekerde het volgende organiseren en ten laste nemen:
- het zoeken naar (en de reservatie van) een plaats in een openbaar of privéziekenhuis in België, binnen de grenzen van de beschikbaarheid in de ziekenhuizen
- het vervoer van de verzekerde en het vervoer van de verwanten die onder hetzelfde dak wonen, naar een ziekenhuis in België in de buurt van de woonplaats van de verzekerde en de terugkeer naar huis. De financiële kosten van het vervoer worden terugbetaald als aanvulling op de terugbetalingen door de sociale zekerheid of door elke andere verzekeringsmaatschappij waarbij de verzekerde aangesloten zou zijn.

In geval van dringende ziekenhuisopname moet de verzekerde eerst een beroep doen op de nationale hulpdiensten.

3.2. Telefonische bijstand in geval van een ziekenhuisopname of een zware ziekte
Hospitalia Assist biedt de verzekerde de volgende telefonische hulp:
- telefonische bijstand door een vertaler wanneer de verzekerde taalproblemen ondervindt om met de medische autoriteiten (ziekenhuis, medische zorgverleners en paramedici) te communiceren
- de verzending van berichten naar naasten in geval van een plotselinge, onverwachte gebeurtenis
- de terbeschikkingstelling van de contactgegevens
  - van paramedische zorgorganisaties;
  - van de te contacteren apotheek en arts van wacht;
  - van thuiszorgorganisaties;
  - van bedrijven die medisch materiaal verhuren.

3.3. Psychologische bijstand
Naar aanleiding van een terugbetaalde gebeurtenis (ziekenhuisopname of zware ziekte) die tot een psychologisch trauma heeft geleid, biedt Hospitalia Assist de verzekerde en de personen die onder hetzelfde dak wonen een telefonische hulpdienst aan die 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar is en die de verzekerde en de personen die onder hetzelfde dak wonen, een eerste psychologische ondersteuning 'online' kan aanbieden en die hen, indien nodig, doorverwijst naar een gespecialiseerde ondersteuningsorganisatie.
Hospitalia Assist organiseert tevens de psychologische ondersteuning van de verzekerde en de personen die onder hetzelfde dak wonen en betaalt, indien nodig, maximaal 3 raadplegingen bij een in België erkende psycholoog en een follow-up van 3 telefonische raadplegingen gedurende maximaal 3 maanden.
Op verzoek van de verzekerde zal Hospitalia Assist, na elk privé- of professioneel probleem, de contactgegevens meedelen van de zelfhulpverenigingen die gespecialiseerd zijn in psychologische ondersteuning.
De terugbetaling van psychologische bijstand blijft beperkt tot € 500, per gebeurtenis.

12.6. Subrogatie
Hospitalia Assist treedt in de rechten en vorderingen van de verzekerde ten aanzien van derden tot het bedrag van de betaalde kosten. Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie niet toegepast kan worden, dan kan Hospitalia Assist aan de verzekerde de terugbetaling vragen van de uitbetaalde vergoedingen tot het bedrag van de schade die Hospitalia Assist heeft geleden.

12.7. Uitsluitingen
Naast de uitsluitingen, voorzien door MLOZ Insurance, zijn ook de volgende situaties uitgesloten:
a. zelfmoord(pogingen)
b. een ziekenhuisopname voor een normale bevalling (tenzij in het kader van de kinderoppas of in geval van manifeste en onvoorziene complicaties)
c. alle gevolgen van de uitsluitingen vermeld in het Product Hospitalia Plus.

Hospitalia Assist kan niet aansprakelijk worden gesteld in geval van vertraging of de niet-uitvoering van de overeengekomen diensten op voorwaarde dat deze vertraging of niet-uitvoering te wijten is aan:
- overmacht,
- een onvoorziene gebeurtenis,
- een stakingsactie,
- een beslissing van de overheid.

Deze diensten zijn aangeboden via oproep naar Hospitalia Assist, toegankelijk 24u op 24u, vanaf april 2020 tel. : 02 560 47 86.

13. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

13.1. Geen grensbedrag per jaar

13.2. Beperkingen van de tegemoetkoming voor vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden
De Medische Adviseur van MLOZ Insurance kan, op basis van de medische vragenlijst, bij de aansluiting aan de verzekeringsnemer meedelen dat de tegemoetkoming beperkt is voor de ziekenhuis- en dagopnames die rechtstreeks verband houden met de vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden (zoals zwangerschap): geen terugbetaling van de aangerekende kamer- en honorariumsupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer. Deze beperking geldt niet voor de opname in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepersoonskamer.
Tijdens de eerste 24 maanden aansluiting bij het product zal de Medische Adviseur kunnen beslissen om deze beperking toe te passen (uitsluiting van supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer) wegens een onopzettelijk verzwijgen of een onopzettelijke onjuistheid betreffende zijn gezondheidstoestand op de medische vragenlijst.
Deze beperking is vastgelegd voor minimaal 5 jaar, na afloop waarvan de verzekeringsnemer desgewenst kan vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch dossier.
Het begrip 'vooraf bestaande toestand die verband houdt met een zwangerschap' zal als volgt toegepast worden:
- voor bevallingen tijdens de eerste zes maanden van de aansluiting is er geen terugbetaling. De opnamekosten worden echter wel terugbetaald, met uitsluiting van de aangerekende kamersupplementen en honorariumsupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer en als er op het moment van de bevalling een afwijking op de wachttijd was;
- voor de bevallingen die plaatsvinden in de 7de, 8ste, 9de aansluitingsmaand bij de hospitalisatiedienst, worden de hospitalisatiekosten ten laste genomen met uitsluiting van de aangerekende kamersupplementen en honorariumsupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer.

Het begrip 'vooraf bestaande toestand die verband houdt met een zwangerschap' zal niet toegepast worden:
- op de bevallingen die plaatsvinden vanaf de 10de maand aansluiting;
- voor bevallingen van verzekerden die eerder gedekt waren door een gelijkaardige mutualistische hospitalisatiedienst of door een mutualistische hospitalisatiedienst die een voordeligere dekking aanbiedt.

13.3. Verstrekkingen die niet gedekt worden door Hospitalia Plus

MLOZ Insurance verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor diverse kosten zoals kamercomfortkosten, kosten van de begeleidende persoon (met uitzondering van de terugbetaling van de kosten voor begeleiding van de vader of moeder op de kamer van het gehospitaliseerde kind jonger dan 19 jaar), hygiënische producten, eten en drinken, andere producten en diensten die op verzoek van de patiënt worden verstrekt, kosten voor niet-dringend vervoer en aan de btw onderworpen kosten;
- voor de medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen die van esthetische aard zijn, en/of die niet medisch noodzakelijk zijn en aan de btw onderworpen kosten;
- voor de tandimplantaten en tandprotheses en alle verstrekkingen die daarmee samenhangen, behalve zij die aangebracht worden in het kader van een ziekenhuisopname van minstens 1 nacht in een meerpersoonskamer terugbetaald door Hospitalia Plus;
- voor verstrekkingen van het type 'verjongingskuur';
- voor de verstrekkingen ten gunste van een verzekerde die weigert om het bezoek te krijgen van een door MLOZ Insurance aangewezen arts, verpleegster of maatschappelijk werk(st)er.
- voor de kosten die gepaard gaan met experimentele behandelingen en geneesmiddelen en/of behandelingen en geneesmiddelen die niet 'evidence-based' zijn, die geen wetenschappelijke basis hebben;
- voor de kosten waarvan de facturering onwettig is/niet toegestaan is volgens de Belgische wetgeving;
- voor de kosten die gepaard gaan met medische behandelingen die met opzet gebeuren in het buitenland en waarvoor de adviserend arts van de Verplichte Verzekering geen toestemming gegeven heeft.

14. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

14.1. Er wordt geen rekening gehouden met de kosten als zij gedekt kunnen worden door:

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-KB's en door het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-KB's) en met de beroepsziekten (wet van 03 juni 1970 en uitvoerings-KB's);
- de Europese verordeningen 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsovereenkomst gesloten door België;
- de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen;
- de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de ziekenfondsen.

De gedekte supplementen worden dus bepaald in verwijzing naar deze tegemoetkomingen. Heeft de verzekerde om een of andere reden niet het recht om een beroep te doen op een of meer van deze tegemoetkomingen, dan komt MLOZ Insurance tussen op dezelfde wijze als voor een verzekerde die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.
Opdat MLOZ Insurance tegemoetkomingen zou kunnen toekennen, is het absoluut noodzakelijk dat tijdens de ziekenhuisopname, minstens één medische verstrekking voorkomt op de lijst van de door Hospitalia Plus terugbetaalbare verstrekkingen, en terugbetaald wordt in de verplichte verzekering.
Van deze laatste voorwaarde wordt afgeweken als de verzekeringsnemer om de een of andere reden niet het recht heeft om een beroep te doen op een of meer van bovenvermelde tegemoetkomingen. In dat geval komt MLOZ Insurance tussen op dezelfde wijze als voor een verzekerde die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.
14.2. Wanneer de krachtens een andere wetgeving, het gemeenrecht of een ander verzekeringscontract toegekende sommen lager zijn dan de door MLOZ Insurance toegekende verstrekkingen, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van die laatste. Deze inlichtingen moeten voorkomen op de 'Tegemoetkomingsaanvraag'.
De tegemoetkoming van MLOZ Insurance mag in geen geval hoger zijn dan het bedrag van de werkelijk door de verzekerde aangegane kosten.
Wanneer de schade geacht wordt gedekt te worden door het gemeenrecht of door een andere wetgeving, dan kan MLOZ Insurance voorlopig verstrekkingen toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding. MLOZ Insurance zal in dit geval in alle rechten treden die de verzekerde kan uitoefenen ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding.
De verzekerde kan en mag geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaande toestemming van MLOZ Insurance.

15. TEGEMOETKOMINGEN

15.1. Verjaring

De vordering tot betaling van verstrekkingen in het kader van de voordelen en elke andere vordering die afgeleid wordt uit het verzekeringscontract, verjaren na drie jaar, te rekenen vanaf de dag van de gebeurtenis die het recht geopend heeft, dus vanaf de dag van de verwezenlijking van het gedekte risico.

15.2. Medische controle

De verstrekkingen worden slechts toegekend onder voorbehoud van het recht van MLOZ Insurance om de gezondheidstoestand van de verzekerde en de gegrondheid van de verstrekkingen op elk ogenblik door de Medische Adviseur te laten controleren.

15.3. Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op terugbetalingen, moet de verzekeringsnemer in orde zijn met de betaling van zijn premies.
Om de voordelen van Hospitalia Plus te bekomen, vult de verzekerde een document 'Tegemoetkomingsaanvraag' in dat uitgereikt wordt door MLOZ Insurance, en bezorgt hij alle bewijsstukken van zijn uitgaven (waaronder de originele patiëntenfactuur) aan MLOZ Insurance.
Onder bewijsstuk met betrekking tot de hospitalisatiekosten verstaat men het origineel van de patiëntenfactuur en eventueel van de honorariumnota of de factuur die het ziekenhuis of de verzekerde gescand heeft, of de factuur die op een andere duurzame drager bezorgd werd.
Om aanspraak te kunnen maken op de verzorging vóór de ziekenhuisopname, de nazorg en de Waarborg 'Zware ziektes', overhandigt de verzekeringsnemer alle originele facturen, samen met een afrekening van de terugbetaling van de getuigschriften voor verstrekte hulp, afkomstig van het ziekenfonds, of een kopie ervan.
De terugbetaling van de farmaceutische kosten gebeurt middels de voorlegging van een 'Attest over de terugbetaalbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een aanvullende verzekering' van de apotheker of nog van een (ambulante) factuur van het ziekenhuis.
De terugbetalingen zullen toegekend worden aan de effectieve verzekerden of aan iedere persoon met een volmacht volgens de 'Aanvraag voor een tegemoetkoming', na de ontvangst van de nota over de aangegane kosten en van de afrekening voor de wettelijke tegemoetkomingen.
Het is toegestaan bewijsstukken digitaal te bezorgen aan MLOZ Insurance met het oog op een tegemoetkoming. De digitale kopie moet van goede kwaliteit zijn (leesbaar) en conform aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). MLOZ Insurance behoudt zich het recht voor het origineel op te vragen bij de verzekerde, die het moet bewaren of de eventuele kosten voor een duplicaat moet dragen.

16. VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De persoonlijke gegevens van de verzekeringsnemer en zijn verzekerden worden verwerkt door MLOZ Insurance als verwerkingsverantwoordelijke en door de Onafhankelijke Ziekenfondsen als agent en verwerker van MLOZ Insurance, in het kader van de toekenning en het beheer van het verzekeringsproduct dat de verzekeringsnemer onderschreven heeft, en conform de Europese Verordening van 27 april 2016 over de bescherming van gegevens (GDPR). De medische gegevens worden ingezameld en verwerkt op basis van de toestemming van de verzekerden en onder toezicht en verantwoordelijkheid van de Medische Adviseur van MLOZ Insurance. Het beleid inzake de persoonlijke levenssfeer van MLOZ Insurance is beschikbaar via deze link https://www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance of op aanvraag in een agentschap of per post (MLOZ-DPO, Lenniksebaan 788 A in 1070 Brussel).

17. COMMUNICATIEWIJZE EN TALEN

MLOZ Insurance communiceert met de verzekerden via verschillende kanalen:

- per brief en per e-mail op info@hospitalia.be
- per telefoon op 02 778 92 11
- via uw afdeling; om de gegevens van het dichtstbijzijnde agentschap te kennen: 501: OZ (www.oz.be) - 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)

Communicatietaal
Alle communicatie verloopt in het Nederlands, Frans, Engels of Duits, volgens de keuze van de verzekeringsnemer.
Al onze documenten zijn beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels of Duits.

18. KLACHTEN

Een klacht over het verzekeringscontract mag gericht worden aan de afdeling waarbij u aangesloten bent. Als het antwoord u geen voldoening geeft, kunt u contact opnemen met de klachtencoördinator van MLOZ Insurance, ofwel per e-mail complaints@mloz.be ofwel per post: aan MLOZ Insurance - Klachtencoördinator - Lenniksebaan 788A, in 1070 Brussel.
Als u een klacht zou hebben over onze dienstverlening waarover we het niet eens konden worden, kunt u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen, waarvan de zetel gevestigd is op de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel - Tel. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75
info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

19. BELEID QUA BELANGENCONFLICTEN

Conform de wetgeving heeft de VMOB 'MLOZ Insurance' een **'Beleid qua belangen-conflicten'** uitgestippeld (www.hospitalia.be).

MLOZ Insurance wil belangenconflicten vermijden, met name belangenconflicten die de belangen van een of meer klanten kunnen schaden doordat ze tegengesteld zijn aan de belangen van een van haar agenten, van andere klanten, van MLOZ Insurance zelf of van een medewerker van MLOZ Insurance of haar afdelingen. Om te beantwoorden aan haar verplichtingen heeft MLOZ Insurance een algemeen kader uitgewerkt dat beschrijft op welke manier ze belangenconflicten aanpakt, namelijk door:

- potentiële belangenconflicten te identificeren
- beheermaatregelen te treffen voor belangenconflicten die al ontstaan zijn of die nog kunnen ontstaan
- haar klanten te informeren
- haar medewerkers op te leiden
- een register van belangenconflicten bij te houden
- dit beleid in werking te stellen en regelmatig te evalueren.

20. TOEPASSELIJK RECHT

Het Belgisch recht is van toepassing op de precontractuele relaties, alsook op het verzekeringscontract.

Deze samenvatting wordt enkel ter informatie gegeven. Alleen de statuten zelf zijn bepalend voor de rechten en de verplichtingen van de verzekeringsnemers van MLOZ Insurance. Zij kunnen geraadpleegd worden in de maatschappelijke zetel van MLOZ Insurance of op www.mloz.be.