Statuten Hospitalia 2024

Gecoördineerde versie van kracht op 1 januari 2024

De laatste wijzigingen aan deze gecoördineerde versie van de statuten werden beslist op 18 oktober 2023 door de Algemene Vergadering van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

'Verzekeringsonderneming, erkend door de Controledienst van 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 de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen , alsook voor de dekking, in bijkomende orde, van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van bijlage 1 van voornoemde wet, onder het codenummer CDZ 750/01'

De statuten van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zijn beschikbaar op de website ervan met het volgend adres: https://www.mloz.be/nl/content/statuten-van-mloz-insurance

Inhoudstafel

Hoofdstuk I – Benaming, doel, maatschappelijke zetel en omschrijving 7
Artikel 1 7
Artikel 2 8
Artikel 3 8
Artikel 4 9

Hoofdstuk II – Aanvaarding, vrijwillig ontslag, en verplicht ontslag van verzekerden 10
Artikel 5 10
Artikel 5bis: Impact van de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering op de mogelijkheid zich aan te sluiten bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 12
Artikel 5ter: Impact van de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering op de hoedanigheid als verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en op het behoud van de mogelijkheid om de dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand te genieten 12
Artikel 6: Opening van het recht op aansluiting 13
Artikel 7: Vrijwillig ontslag 18
Artikel 8: Bedrag van de premies 18
Artikel 9: Regels voor de betaling van de premies 20
Artikel 10 20
Artikel 11 21

Hoofdstuk III – Organen van de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand 22
Afdeling 1 - De Algemene Vergadering 22
Onderafdeling 1: Samenstelling van de Algemene Vergadering 22
Artikel 12 22
Onderafdeling 2: Verkiezing van de Algemene Vergadering 22
Artikel 13 22
Artikel 14 22
Artikel 15 23
Artikel 16 23
Artikel 17 23
Artikel 18 23
Artikel 19 24
Artikel 20 24
Artikel 21 24
Artikel 22 25
Artikel 23 25
Artikel 24 25
Artikel 25 25
Artikel 26 26
Artikel 27 26
Artikel 28 26
Artikel 29 26
Artikel 30 27
Artikel 31 27
Onderafdeling 3: Installatie van de Algemene Vergadering 27
Artikel 32 27
Onderafdeling 4: Verlies van de hoedanigheid van afgevaardigde 27
Artikel 33 27
Onderafdeling 5: Bevoegdheden van de Algemene Vergadering 28
Artikel 34 28
Artikel 35 28
Artikel 35 bis 28
Onderafdeling 6: Besprekingen van de Algemene Vergadering 29
Artikel 36 29
Artikel 36 bis 29
Artikel 37 31
Artikel 38 31
Artikel 39 32
Artikel 40 32

Afdeling 2 - De Raad van Bestuur 32
Onderafdeling 1: Samenstelling van de Raad van Bestuur 32
Artikel 41 32
Artikel 42 33
Artikel 43 33
Onderafdeling 2: Verkiezing van de Raad van Bestuur 33
Artikel 44 33
Artikel 45 34
Artikel 46 35
Artikel 47 36
Onderafdeling 3: Vervanging, ontslag of afzetting van Bestuurders 36
Artikel 48 36
Artikel 49 37
Onderafdeling 4: Bevoegdheden van de Raad van Bestuur 38
Artikel 50 38
Artikel 51 38
Artikel 52 39
Artikel 52bis 39
Onderafdeling 5: Besprekingen van de Raad van Bestuur 39
Artikel 53 39
Artikel 53 bis 39
Artikel 54 41
Artikel 55 41
Artikel 56 42
Artikel 56bis 42
Afdeling 3 - De Voorzitter, de Ondervoorzitters, de Directeur-generaal, de Penningmeester en de Secretaris van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 43
Artikel 57 43
Artikel 58 43
Artikel 59 43
Artikel 60 43
Artikel 60bis 43
Artikel 61 44
Afdeling 4 - Het Directiecomité 44
Onderafdeling 1: Samenstelling van het Directiecomité 44
Artikel 62 44
Onderafdeling 2: Bevoegdheden van het Directiecomité 44
Artikel 62bis 44
Afdeling 5 - Het Auditcomité en het Comité voor het Risicobeheer 46
Artikel 62ter 46

Hoofdstuk IV – De voordelen toegekend door de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand 47
Artikel 63: Definities 47
Artikel 64: Opening van het recht op de tegemoetkoming 52
Artikel 65: Uitsluitingen en algemene beperkingen 55
Artikel 66: Algemene principes van de dekking 62
Artikel 67: Hulpverlening in België voor de verzekerden van het product Hospitalia 65
Artikel 67bis: Hulpverlening in België 'Hospitalia Assist' voor de verzekerden van de producten Hospitalia Medium en Hospitalia Plus 66
Artikel 68: Verjaring 72
Artikel 69: Medische controle 72
Artikel 70: Betaling van de voordelen 72
Artikel 70bis: Betaling van de voorschotten 74
Artikel 71 74
Artikel 72: Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden 74
Afdeling 1: Hospitalia 74
Artikel 73: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 74
Artikel 74: Ziekenhuisopname in België 75
Artikel 74bis: Ziekenhuisopname in België in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer 76
Artikel 74ter: Ziekenhuisopname in België, dringend vervoer per ziekenwagen of helikopter 77
Artikel 74quater: Verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis in België 77

Artikel 75: Thuisbevalling in België 78
Artikel 75bis: geschrapt (01/04/2003) 78
Artikel 76: Daghospitalisatie in België....78
Artikel 77: Ziekenhuisopname in het buitenland....79
Artikel 78: Nazorg in België 79
Artikel 78bis: Verblijf na het verlaten van het ziekenhuis in België....80
Artikel 78ter: Waarborg 'Zware Ziektes' (in optie)....80
Afdeling 2: Hospitalia Medium 82
Artikel 79: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 82
Artikel 80: Ziekenhuisopname in België 83
Artikel 80bis: Ziekenhuisopname in België in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer 85
Artikel 80ter: Ziekenhuisopname in België, dringend vervoer per ziekenwagen of helikopter....85
Artikel 80quater: Ziekenhuisopname in België: verblijf in een opvangtehuis en kraamzorg na de ziekenhuisopname ...85
Artikel 81: Daghospitalisatie in België....85
Artikel 81bis: Thuisbevalling in België 85
Artikel 82: Ziekenhuisopname in het buitenland....85
Artikel 83: Verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis in België....86
Artikel 84: Nazorg in België....87
Artikel 84bis: Verblijf na het verlaten van het ziekenhuis in België....89
Artikel 85: Waarborg zware ziektes (in optie)....89
Afdeling 2Bis: Hospitalia Plus....89
Afdeling 3: Hospitalia Ambulant 90
Artikel 86: territoriale draagwijdte 90
Artikel 87: Therapeutische vrijheid 90
Artikel 88: Terugbetalingsvoorwaarden 90
Artikel 89: Medische honoraria – Raadplegingen – Huisbezoeken – Technische verstrekkingen....90
Artikel 90: Kosten voor geneesmiddelen buiten een periode van hospitalisatie 91
Artikel 91: Protheses 91
Artikel 92: Cumulatie van terugbetalingen 92
Afdeling 4: Forfait H 92
Artikel 93: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 92
Artikel 94: Ziekenhuisopname in België 92
Artikel 95: Daghospitalisatie in België 93
Afdeling 5: Hospitalia continuïteit 93
Artikel 96: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 93
Afdeling 6: Dentalia Plus....93
Artikel 96bis: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 93
Artikel 96ter: Territorialiteitsbeginsel....94
Artikel 96quater: Terugbetalingstarieven en jaarlijkse grensbedragen van de tegemoetkoming....94
Afdeling 6Bis: Medicalia....94
Artikel 96quinquies: Territoriale draagwijdte....94
Artikel 96sexies: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 95
Artikel 96septies: Terugbetalingstarieven en jaarlijkse grensbedragen van de tegemoetkoming....96
Artikel 96octies: Cumulatie van terugbetalingen....97
Afdeling 6ter: Dentalia Up 97
Artikel 96nonies: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 97
Artikel 96decies: Territorialiteitsbeginsel....99
Artikel 96undecies: Terugbetalingstarieven en tegemoetkomingsplafonds 99
Afdeling 7: Dagvergoedingen OZ....104
Artikel 97: Tegemoetkomingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand....104
Afdeling 8: Dagvergoedingen Xerius....108
Artikel 98: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand....108
Artikel 98bis: Herval....110
Artikel 98ter: Territorialiteitsprincipe....110
Afdeling 9: Comfort en Comfort+ 110
Artikel 99: Tussenkomsten Comfort (de tussenkomsten zijn beperkt tot de verstrekkingen verricht op het Belgisch grondgebied) 110
Artikel 99bis: Tussenkomsten Comfort+ (de tussenkomsten zijn beperkt tot de verstrekkingen verricht op het Belgisch grondgebied) 113
Afdeling 10: Income Two 115
Artikel 100: Voorwaarden tot toelating....115

Artikel 100bis: Aanvang, duur en einde van de waarborg 115
Artikel 100ter: Tussenkomsten Income Two 116

Hoofdstuk IV Bis – Administratieve dienst 118
Artikel 101 118

Hoofdstuk V – Samenstelling van het maatschappelijk kapitaal 119
Artikel 102: Samenstelling van het maatschappelijk kapitaal 119

Hoofdstuk VI - Samenwerking 120
Artikel 103: (geschrapt op 01.07.2006) 120

Hoofdstuk VII – Wijziging van de statuten 121
Artikel 104 121

Hoofdstuk VIII – Ontbinding en vereffening 122
Artikel 105 122
Artikel 106 122

Hoofdstuk IX – Gevallen waarin niet voorzien wordt door de statuten 123
Artikel 107: (Geschrapt: juni 2013) 123

Hoofdstuk X – Inwerkingtreding van de statuten 124
Artikel 108 124

Hoofdstuk – Einde bepalingen 125
Artikel 109 125

Bijlage: premies op 1 januari 2024 126

Bijlage: Vergoedingen van de leden van de instanties 135

Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand: ‘MLOZ Insurance’ gevestigd te Brussel

Erkend door de Controledienst van de Ziekenfondsen en de Landsbonden van Ziekenfondsen

(Belgisch Staatsblad van 16 augustus 2011)

S T A T U T E N

Gelet op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten;

Gelet op de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen;

Gelet op de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;

Gelet op de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);

heeft de Buitengewone Algemene Vergadering, samengekomen op 21 juni 2023 te Brussel, na beraadslaging, met het bij wet vereiste aanwezigheidsquorum en de bij wet vereiste meerderheid van stemmen, beslist om de statuten van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand als volgt vast te leggen:

Hoofdstuk I – Benaming, doel, maatschappelijke zetel en omschrijving

Artikel 1

Een maatschappij van onderlinge bijstand is gesticht te Brussel op 30 januari 1981 onder de benaming 'Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten Mutuelle Entraide Hospitalisation'. Zij wordt gewoonlijk HOSPITALIA genoemd.

Op 13 september 1985 vestigde zich overigens in Brussel een andere maatschappij van onderlinge bijstand, onder de benaming Mutualité G+ - Ziekenfonds G+. Deze maatschappij nam vanaf 1 juli 1997, de benaming MEDI+ aan en vanaf 26 januari 1998, de benaming MEDIMUT.

De twee bovenvermelde maatschappijen van onderlinge bijstand hebben een fusie aangegaan op 1 januari 2000 en de Maatschappij van Onderlinge Bijstand die het resultaat is van deze fusie, neemt de benaming 'Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten – Mutuelle Entraide Hospitalisation' aan. Zij wordt gewoonlijk HOSPITALIA genoemd. Vanaf 1 oktober 2017, neemt de Verzekeringsmaatschappij de benaming 'MLOZ Insurance' aan.

Een ziekenfonds is gesticht te Antwerpen op 9 november 1966 onder de benaming 'Onderling Ziekenfonds Vlaams Economisch Verbond', erkend bij Koninklijk Besluit van 3 februari 1967 (Belgisch Staatsblad van 24 februari 1967) en gewijzigd door de Algemene Vergadering van 15 mei 1991 tot Ziekteverzekering VEV, Maatschappij van Onderlinge Bijstand.

Vanaf 20 maart 2007 neemt de Maatschappij van Onderlinge Bijstand de volgende benaming aan: 'Xerius Ziekteverzekering Maatschappij van Onderlinge Bijstand'. 'Xerius Ziekteverzekering Maatschappij van Onderlinge Bijstand' was tot op 31 december 1990 aangesloten bij het voormalig verbond van Vlaamse Onafhankelijke Beroepsziekenfondsen.

Dit verbond nam op 1 januari 1992 de benaming 'Onafhankelijke Ziekenfondsen' aan en werd vervolgens vanaf 1 januari 1996 'Onafhankelijk Ziekenfonds 501' genoemd.

Ingevolge de beslissing van de Algemene Vergadering van 30 november 2011 werd de naam van Xerius Ziekteverzekering gewijzigd naar OZ Verzekeringen.

OZ Verzekeringen werd door een beslissing van de Controledienst van 23 november 2011 en 24 juni 2013 erkend als verzekeringsonderneming voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het KB van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle der verzekeringsondernemingen alsook voor de bijkomende dekking van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, zoals beoogd in tak 18 bijlage 1 van voormeld KB.

In toepassing van artikel 43bis § 5 van de wet van 6 augustus 1990 werd op 1 april 2012, te Brussel, een Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand opgericht met de naam 'Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand SECUREX'.

Vanaf 1 oktober 2017 neemt de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand de benaming 'MLOZ Insurance' aan.

De drie bovenvermelde maatschappijen van onderlinge bijstand hebben een fusie aangegaan op 1 januari 2017 en de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand die het resultaat is van deze fusie, neemt de benaming 'Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten – Mutuelle Entraide Hospitalisation' aan. Zij wordt gewoonlijk HOSPITALIA genoemd.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand is een verzekeringsonderneming, erkend door de Controledienst van 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 de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen en
- voor de bijkomende dekking van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, zoals beoogd in tak 18 van bijlage 1 van bovenvermelde wet.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand is van burgerlijke aard en ze oefent haar activiteiten uit zonder winstoogmerk.

De maatschappij wordt hierna in de statuten de 'Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand' genoemd. Zij wordt opgericht voor onbepaalde duur.

Artikel 2

Overeenkomstig artikel 70, § 6 van de wet van 6 augustus 1990, heeft de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand tot doel om aan haar facultatief aangesloten verzekerden, zoals deze gedefinieerd staan in artikel 5, de dekking te waarborgen van zowel de uitgaven die zij gedaan hebben voor geneeskundige verzorging vóór, tijdens of na een ziekenhuisopname én in verband met deze laatste, als de uitgaven die geen verband houden met de ziekenhuisopname, dit overeenkomstig de door deze statuten vastgestelde voorwaarden.

Qua verzorging die verband houdt met een ziekenhuisopname, kunnen de verzekerden kiezen voor een forfaitaire dekking, Forfait H genoemd, of voor één van de volgende schadevergoedende dekkingen: Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus. De verzekerden kunnen tevens kiezen voor Hospitalia Continuïteit, een bijkomende dekking bovenop de collectieve hospitalisatieverzekering van de werkgever die door een privé-verzekeringsmaatschappij aangeboden wordt.

Voor de verzorging die geen verband houdt met een ziekenhuisopname, kunnen de verzekerden intekenen op een uitbreiding van de dekking, dit is op één van de verzekeringen van de ambulante verzorging, Hospitalia Ambulant of Medicalia genoemd, alsook op een dekking van de tandzorg, Dentalia Plus of Dentalia Up genoemd.

Vanaf 1 juli 2022 kan men niet meer bij Medicalia aansluiten of naar dit product overstappen.

Vanaf 01 juli 2023 kan men niet meer bij Dentalia Plus aansluiten of naar dit product overstappen.

Bovendien, kunnen de verzekerden van Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus zich aansluiten bij de bijkomende Waarborg 'Zware Ziektes'.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand heeft onder andere als doel aan haar verzekerden, facultatief aangeslotenen, zoals gedefinieerd in artikel 5 volgende, volgende producten aan te bieden:

- 'Comfort', 'Comfort+'
- 'Income Two'

Vanaf 1 januari 2017 kan men niet meer bij deze producten aansluiten.

Daarnaast kan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand eveneens volgende verzekeringen aanbieden:

- Dienst voor dagelijkse vergoedingen, tot 1 januari 2012 georganiseerd door het Onafhankelijk Ziekenfonds 501 – hierna: dagvergoedingen OZ.
- Dienst voor dagelijkse vergoedingen, tot 1 januari 2012 georganiseerd door Xerius Ziekteverzekering Maatschappij voor Onderlinge Bijstand en vanaf 1 januari 2012 door de Onderlinge Verzekeringsvereniging Xerius – hierna: dagvergoedingen Xerius.

Vanaf 1 januari 2017 kan men niet meer bij deze producten aansluiten.

Artikel 3

De maatschappelijke zetel van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand is gevestigd te 1070 Brussel, Lenniksebaan 788A, in het gerechtelijke arrondissement van Brussel. Hij kan op elk ogenblik gewijzigd worden bij beslissing van de Algemene Vergadering.

Artikel 4

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand bestaat uit 3 afdelingen:

- Partena – Mutualité Libre
- Freie Krankenkasse
- Helan Onafhankelijk ziekenfonds

Allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Om erkend te blijven als afdeling van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, moet de afdeling zich ertoe verbinden enkel de volgende verzekeringen aan te bieden, die verplicht zijn voor alle afdelingen en facultatief voor hun verzekerden:

- Forfait H
- Hospitalia
- Hospitalia Medium
- Hospitalia Plus
- De Waarborg 'Zware Ziektes' die bijkomend is bij Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus
- Hospitalia Continuïteit
- Hospitalia Ambulant
- Dentalia Plus
- Dentalia Up

De volgende verzekeringen zijn facultatief voor de afdelingen en facultatief voor hun verzekerden: Dagvergoedingen OZ, Dagvergoedingen Xerius, Comfort en Comfort+, Income Two en Medicalia.

Wat Comfort/Comfort+ en Income Two betreft, is het behoud van de dekking afhankelijk van de aansluiting als lid bij de ziekenfondsen Partena-Mutualité Libre of Helan Onafhankelijk ziekenfonds.

Bij niet-naleving van deze regel, kan de afdeling uitgesloten worden uit de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. De beslissing over de uitsluiting moet genomen worden door de Raad van Bestuur en zij moet bekrachtigd worden door de Algemene Vergadering, bij tweederdemeerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde leden. Er is geen specifiek aanwezigheidsquorum vereist. De verzekerden die vroeger aangesloten waren bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, door toedoen van een uitgesloten afdeling, mogen verzekerd blijven bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand mits overgang naar een andere afdeling, beoogd in het 1ste lid.

Hoofdstuk II – Aanvaarding, vrijwillig ontslag, en verplicht ontslag van verzekerden

Artikel 5

1. Kunnen zich bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aansluiten:

   1° de personen;

   2° hun echtgeno(o)t(e) of samenwonende en hun kinderen die als ten laste van het gezin beschouwd worden;

aangesloten bij één van de afdelingen vermeld in artikel 4, met uitzondering van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende, en kinderen, van de personen die reeds aangesloten waren op 10 september 2000 bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

De persoon zoals bedoeld in 1° moet zijn personen ten laste aansluiten zoals de reglementering over de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen het stipuleert, behalve als de echtgeno(o)t(e) of samenwonende of de kinderen al gedekt worden door een gelijkaardige verzekering van het type 'werkelijke kosten'. Deze verplichting geldt niet voor Forfait H en Hospitalia Continuïteit.

De uitsluiting of het ontslag van een verzekerde houdt impliciet de uitsluiting/het ontslag in van de verplicht, op basis van artikel 5, lid 2, aangesloten personen.

De aansluiting van de echtgeno(o)t(e) of samenwonende, en van de kinderen die samen met hem(haar) een gezin vormen, zal verplicht moeten gebeuren in het kader van dezelfde dekking(en) als deze die gekozen werd(en) door de verzekeringsnemer. Deze verplichting is niet van toepassing op Dentalia Plus voor de nieuwe personen ten laste vanaf 01/07/2023.

Om in aanmerking te komen voor de dekking (met uitzondering voor de verzekerden die aangesloten waren bij een product Hospitalia vóór 10 september 2000), moet de verzekeringsnemer aangesloten zijn, voor de aanvullende diensten, bij een ziekenfonds, dat erkend is als afdeling van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, volgens de regels bepaald in artikels 5bis en 5ter. Met 'aanvullende verzekering' wordt bedoeld: de diensten beoogd door artikel 3 alinea 1, b) en c) van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten beoogd door artikel 67 alinea 5 van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), georganiseerd door een ziekenfonds dat erkend is als afdeling, door de landsbond en door de maatschappij van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds aangesloten zou kunnen zijn.

De aansluiting bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand moet effectief zijn vóór de 66ste verjaardag voor Hospitalia Medium en Hospitalia Plus en de Waarborg ‘Zware Ziektes’, vóór de 65ste verjaardag voor Hospitalia Continuïteit, voor Hospitalia Ambulant, Dentalia Plus en Dentalia Up en vóór de 56ste verjaardag voor Income Two. Er is geen leeftijdsgrens voor Forfait H, Hospitalia en Medicalia.

Op deze regel wordt een uitzondering gemaakt ten gunste van personen die eerder al aangesloten waren bij een gelijkaardige hospitalisatieverzekering, alsook bij de bijkomende Waarborg ‘Zware Ziektes’, of een ambulante verzekering of een verzekering voor tandverzorging bij een andere Belgische ziekenfondsentiteit, op voorwaarde dat ze in orde waren met hun premies, alsook voor de verzekerden die hun verzekeringsdekking Dentalia Plus willen wijzigen ten voordele van Dentalia Up.

De bijkomende Waarborg ‘Zware ziektes’ wordt op 31/12/2019 verworven zonder medische vragenlijst voor alle verzekerden Hospitalia, voor de zware ziekten die na 31/03/2020 worden vastgesteld.

Vanaf 1 januari 2017 kan men niet meer aansluiten bij Comfort/Comfort+ en Income Two en Dagvergoeding OZ en Dagvergoeding Xerius.

Een verzekerde die zijn aansluiting bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus stopzet, is automatisch uitgesloten uit de Waarborg ‘Zware Ziektes’ waarbij hij ook aangesloten geweest zou zijn.

Een verzekerde kan slechts bij één van beide verzekeringen van ambulante verzorging aangesloten zijn. Een bestaande verzekerde die aangesloten is bij Hospitalia Ambulant kan niet tegelijk aansluiten bij Medicalia en andersom.

Een bestaande verzekerde die aangesloten is bij Hospitalia Ambulant kan zijn dekking niet meer wijzigen ten voordele van Medicalia vanaf 1 juli 2022.

2. Specifiek voor de dienst Dagvergoedingen OZ:

Binnen deze dienst bestaan 3 soorten verzekerden:

a. Ex-verzekerden primaire kas 'Antwerps Ziekenfonds'

De personen die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging overeenkomstig de koninklijke besluiten van 29 december 1997 en 28 juni 1969 en die op 30 juni 1991 aangesloten waren in de dienst dagelijkse vergoedingen van de primaire kas 'Het Antwerps ziekenfonds' en die premies betalen voor de dienst Dagvergoedingen OZ.

b. Ex-verzekerden primaire kas 'Helpt elkander'

De personen die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging overeenkomstig de koninklijke besluiten van 29 december 1997 en 28 juni 1969 en die op 30 juni 1991 aangesloten waren in de dienst dagelijkse vergoedingen van de primaire kas 'Helpt elkander' en die premies betalen voor de dienst Dagvergoedingen OZ.

c. Dagelijkse vergoedingen ziekenfonds (+ verzekerden ex-VMOB Medische Ziekenkas)

De personen die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging overeenkomstig de koninklijke besluiten van 29 december 1997 en 28 juni 1969 en die onderworpen zijn aan het statuut van zelfstandige en ingeschreven zijn in een erkende sociale verzekeringskas, en premies betalen in de dienst dagvergoedingen OZ.

Nieuwe aansluitingen bij deze dienst of een verhoging van reeks zijn niet meer mogelijk.

Behoudens in geval de aansluiting bij de dienst Dagvergoedingen OZ beëindigd wordt door ontslag overeenkomstig artikel 7 of 10 van de statuten, loopt de aansluiting bij deze dienst tot aan de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

3. Specifiek voor de dienst Dagvergoedingen Xerius

De dienst wordt enkel nog ingericht ten behoeve van de personen die zich op datum van 31 december 2011 in één van volgende toestanden bevinden:

- fysiologische ongeschiktheid voor de verzekerden die premies betalen bepaald in artikel 98. I. punten 1 en 2
- fysiologische en economische ongeschiktheid voor de verzekerden die premies betalen bepaald in artikel 98 I. punten 3 en 4.

Nieuwe aansluitingen bij deze dienst of verhogingen van reeks zijn niet meer mogelijk.

De aansluiting bij de dienst Dagvergoedingen Xerius loopt tot aan de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De in het vorige lid bepaalde duurtijd geldt niet in volgende gevallen:

- voor alle reeksen: in geval de aansluiting beëindigd wordt door ontslag overeenkomstig artikel 7 of 10 van de statuten
- voor de reeksen vermeld in artikel 98 I. punten 3 en 4: op verzoek van de verzekerde en in diens belang kan de duurtijd van de verzekeringsovereenkomst verkort worden tot de leeftijd van 60 jaar of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepsbekwaamheid volledig en definitief stopzet.

Artikel 5bis: Impact van de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering op de mogelijkheid zich aan te sluiten bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

1° De persoon die in een ziekenfonds dat erkend is als afdeling, verzekerd is en wiens mogelijkheid om aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de aanvullende verzekering geschorst is, kan lid worden van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Die persoon kan evenwel pas van de dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand genieten als de bijbehorende premies betaald zijn.

2° De persoon die in een ziekenfonds dat erkend is als afdeling, verzekerd is en wiens mogelijkheid om aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de aanvullende verzekering geschrapt is, kan geen lid worden van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en kan van de dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand dus niet genieten.

Nadien kan die persoon zich aansluiten bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en van de dekking genieten van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand volgens de voorwaarden in deze statuten, maar enkel als hij in orde is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds sinds de aanvang van de opeenvolgende periode bedoeld, naargelang het geval, in artikel 2quater, derde lid, of in artikel 2quater, vierde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen waarin hij de vernoemde bijdragen moet betalen zonder van de voordelen te kunnen genieten, om opnieuw een lid te worden dat van de voordelen van de aanvullende verzekering kan genieten.

Als de verzekerde een betalingsachterstand van zes maanden heeft voor zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds sinds de aanvang van de periode beoogd in bovenstaande alinea, dan verliest deze persoon zijn hoedanigheid als verzekerde bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Deze periode van zes maanden wordt opgeschort:

1° wanneer de persoon die niet in orde is met de betaling van de beoogde bijdragen, zich in een situatie van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;

2° tijdens de periode waarin de persoon de hoedanigheid van gerechtigde verloren heeft, en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in orde is met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering.

Artikel 5ter: Impact van de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering op de hoedanigheid als verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en op het behoud van de mogelijkheid om de dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand te genieten

1° De persoon die zich aansluit bij een ziekenfonds dat erkend is als afdeling, en wiens mogelijkheid om aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de aanvullende verzekering geschorst is, behoudt zijn hoedanigheid als verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Die persoon kan evenwel pas van de dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand genieten als de bijbehorende premies betaald zijn.

2° De persoon die zich aansluit bij een ziekenfonds dat erkend is als afdeling, en wiens mogelijkheid om aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de aanvullende verzekering geschrapt is, verliest zijn hoedanigheid als verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en kan van de dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand dus niet meer genieten, zelfs als hij/zij in orde was met de betaling van de premies voor de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Die persoon kan pas opnieuw aansluiten bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en opnieuw van de dekking genieten van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand volgens

de voorwaarden bepaald in deze statuten voor de nieuwe aansluitingen op die datum, als hij in orde is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds sinds de aanvang van de opeenvolgende periode bedoeld, naargelang het geval, in artikel 2quater, derde lid, of in artikel 2quater, vierde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen waarin hij de vernoemde bijdragen moet betalen zonder van de voordelen te kunnen genieten, om opnieuw een lid te worden dat van de voordelen van de aanvullende verzekering kan genieten.

Als de verzekerde een betalingsachterstand van zes maanden heeft voor zijn bijdragen sinds de aanvang van de periode beoogd in bovenstaande alinea, dan verliest deze persoon zijn hoedanigheid als verzekerde bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Deze periode van zes maanden wordt opgeschort:

1° wanneer de persoon die niet in orde is met de betaling van de beoogde bijdragen, zich in een situatie van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;

2° tijdens de periode waarin de persoon de hoedanigheid van gerechtigde verloren heeft en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in orde is met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering.

Artikel 6: Opening van het recht op aansluiting

1° Is aangesloten bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, iedere persoon die, onder de hierna beschreven voorwaarden, erkenning heeft bekomen van het recht op de verstrekkingen die door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verleend worden, op voorwaarde dat er een premie betaald wordt.

2° Iedere aansluitingsaanvraag moet aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand (Lenniksebaan, 788A te 1070 Brussel) gericht worden via de afdeling, beoogd in artikel 4, door middel van de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand opgemaakte formulieren of via de website van de afdeling waar de klant aan is verbonden.

De medische gegevens zullen, in toepassing van de wetgeving betreffende de persoonlijke levenssfeer, naar datzelfde adres verstuurd worden, ter attentie van de Medische Adviseur.

3° Om geldig te zijn, moet de aansluitingsaanvraag het volgende bevatten:

- alle administratieve inlichtingen die gevraagd worden over de personen, beoogd in artikel 5, voor wie de aansluiting aangevraagd wordt;
- de verklaring van de kandidaat-verzekeringsnemer, waaruit blijkt dat deze laatste kennisgenomen heeft van de statuten en dat hij deze onderschrijft;
- een medische vragenlijst (behalve voor Forfait H, Dentalia Plus, Dentalia Up, Medicalia, Comfort en Comfort+), die naar behoren ingevuld is voor elke persoon beoogd in artikel 5, voor wie de aansluiting gevraagd wordt, én ondertekend door de kandidaat-verzekeringsnemer;
- en voor Hospitalia Continuïteit, een bewijsstuk (of bij gebrek hieraan een schriftelijke verklaring op erewoord van de kandidaat- verzekeringsnemer) als bewijs van het feit dat de personen, in geval van ziekenhuisopname, verzekerd waren door een groepsverzekering van de werkgever op de aansluitingsdatum bij dit product.

4° Een medisch onderzoek kan opgelegd worden door de Medische Adviseur, beoogd in artikel 69 van deze statuten. Als de verzekerde kennis zou hebben van aandoeningen en die opzettelijk verzwijgt of onjuist mededeelt in zijn verklaring, dan zal dit feit aanleiding geven tot een weigering van de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, alsook tot de sancties, vastgesteld in artikel 10.

5° De aansluiting begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op deze in de loop waarvan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand de aansluitingsaanvraag ontvangen heeft (de interne datering van het document van de aansluitingsaanvraag door het ziekenfonds of de registratie van het

document bij de ontvangst via scanning of online, hebben bewijskracht), dit voor zover deze inwerkingtredingsdatum niet voorafgaat aan wat vermeld staat in de bepalingen van artikel 3bis, alinea 2, 1° en 2° van de wet van 6 augustus 1990 en voor zover:

a) de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand de eerste premie ontvangen heeft (aan het loket, via overschrijving of via domiciliëring), voor elke verzekerde, beoogd in artikel 5, uiterlijk op de laatste dag van de 3de maand die volgt op de aansluitingsdatum. De spontane betaling van een premie zonder dat men hiertoe uitgenodigd werd, wordt niet als een aansluiting beschouwd.

b) onverminderd de toepassing van bovenvermeld punt, begint de aansluiting van een pasgeborene of een adoptiekind, jonger dan 3 jaar, dat geen aanspraak kan maken op de schrapping van de wachttijd zoals bepaald in artikel 64, 2°, 2) te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, op voorwaarde dat de aansluitingsaanvraag en de medische vragenlijst (wanneer deze vereist is) verstuurd of overhandigd worden vóór het einde van de derde maand die volgt op de geboorte of de officiële adoptiedatum, en dat de eerste premie geïnd wordt overeenkomstig artikel 6, 5°, a).

6° Mocht er een termijn van meer dan 3 maanden verstrijken tussen de in punt 5° vastgestelde aansluitingsdatum en de ontvangstdatum van de premie, dan zal deze premie terugbetaald worden en dan dient men opnieuw de aansluitingsprocedure te doorlopen.

7° Behalve bij uitzonderingen vermeld in de statuten, moet de kandidaat voor een aansluiting of een overgang een medische vragenlijst invullen. Deze medische vragenlijst heeft als doel om:

- hetzij in het kader van Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, of Hospitalia Continuïteit, in geval van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand, de tegemoetkoming eventueel te beperken in geval van ziekenhuisopname in een eenpersoonskamer die het gevolg is van die ziekte, aandoening of toestand;
- hetzij in het kader van de bijkomende Waarborg 'Zware Ziektes' bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, in geval van vooraf bestaande zware ziekte, de tegemoetkoming te beperken door een weigering van de terugbetaling van de ambulante verstrekkingen opgenomen in de artikelen 78ter en 85;
- hetzij voor Hospitalia Ambulant, in geval van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand, de tegemoetkoming eventueel te beperken door een weigering van de ambulante verstrekkingen, vermeld in de artikels 89 tot 91 van de statuten, die te maken hebben met die ziekte, aandoening of toestand;
- hetzij voor Income Two informatie te verstrekken over de vroegere en huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde en over de beroeps- en sportactiviteiten die de kandidaat-verzekerde uitoefent.

  De aansluiting wordt beoordeeld door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand op basis van de medische vragenlijst. In voorkomend geval, kan de Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand de aansluiting aanvaarden zonder bijkomende premie, aanvaarden met bijkomende premie of weigeren. De bijdragentabel die de basis vormt van deze beoordeling, kan verkregen worden op eenvoudig verzoek.

Mocht de Medische Adviseur, op basis van de medische vragenlijst, van oordeel zijn dat hij aan de verzekerde een verzoek om nadere informatie moet richten, vooraleer hij zich kan uitspreken over de aansluitingsaanvraag of aanvraag van productverandering, dan beschikt de verzekerde over 45 dagen vanaf het versturen van het verzoekschrift om hieraan gevolg te geven. Wordt deze termijn nageleefd en aanvaardt de Medische Adviseur de aansluiting of de overgang, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, dan begint de aansluiting te lopen, overeenkomstig de hierboven beschreven regels.

Wordt deze termijn niet nageleefd, dan begint de aansluiting of overgang, gezien de afwezigheid van ontvangen bijkomende informatie, automatisch te lopen volgens de hierboven bepaalde regels met een beperking van de tegemoetkoming van Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, de Waarborg 'Zware

Ziektes', Hospitalia Continuïteit of Hospitalia Ambulant voor de vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand, vermeld op de medische vragenlijst.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand heeft niet meer de mogelijkheid om het genot van de tegemoetkoming te beperken door t.a.v. een persoon die verzekerd is sedert meer dan 24 maanden, een onopzettelijk verzwijgen of een onopzettelijk meedelen van een onjuistheid betreffende zijn gezondheidstoestand op de door de betrokkene ingevulde medische vragenlijst in te roepen, wanneer deze gegevens betrekking hebben op een ziekte, aandoening of toestand waarvan de symptomen zich al op de een of andere manier gemanifesteerd hadden op het ogenblik van de inwerkingtreding van deze aansluiting, zonder dat er een diagnose gesteld werd in diezelfde periode van 24 maanden.

Idem wanneer deze gegevens betrekking hebben op een toestand, een ziekte of een aandoening die zich nog op geen enkele manier gemanifesteerd had op het ogenblik van de inwerkingtreding van de aansluiting.

8° De beslissing tot aanvaarding, met of zonder beperking van de tegemoetkoming/met of zonder bijkomende premie wordt per brief medegedeeld aan de kandidaat-verzekeringsnemer.

De effectieve verzekerde ontvangt een document, dat voor elke op de aansluitingsaanvraag vermelde verzekerde, het volgende bevat:

- de aanvaarding van de aansluiting, met of zonder beperking van de tegemoetkoming/ met of zonder bijkomende premie voor één of meerdere vooraf bestaande ziektes of aandoeningen of toestanden of voor beroeps- en sportactiviteiten wat Income Two betreft;
- het bedrag en de datum van de eerste betaalde premie;
- de datum van de aanvaarding van de aansluiting en de datum waarop de aansluiting in werking treedt, alsook de duur van de in artikel 64, 2° beoogde wachttijd;
- de levenslange duur van de aansluiting (of tot 65 jaar (66 jaar en 67 jaar, vanaf respectievelijk 2025 en 2030) voor Hospitalia Continuïteit, met uitzondering van het product Income Two;
- het aangeboden verzekeringsproduct.

Het verzekeringscontract bestaat uit de aanvaardingsbrief (met of zonder beperking van de tegemoetkoming) en de algemene voorwaarden, alsook uit de wijzigingsclausules.

9° Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan in het kader van het Forfait H een overgang aanvragen naar Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, met of zonder de toevoeging van de Waarborg 'Zware Ziektes', mits de indiening van een medische vragenlijst samen met een aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering, zoals voorzien in punt 3° en dit voor zover de datum van de overgang voorafgaat aan zijn (of haar) 66ste verjaardag voor Hospitalia Medium, Hospitalia Plus en de Waarborg 'Zware Ziektes'.

De aansluiting bij een hogere dekking moet gebeuren met naleving van de artikels 5, 8 b) en 64, 2°, 1). De verzekerde zal evenwel tijdens zijn wachttijd, in het kader van Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, beoogd in artikel 64, 2°, 1, aanspraak kunnen maken op de terugbetaling van de verstrekkingen zoals bepaald in de lagere dekking (Forfait H), voor zover de wachttijd betreffende deze dekking integraal vervuld is.

Op basis van de medische vragenlijst, zal de Medische Adviseur de aansluiting aanvaarden, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, overeenkomstig punt 7°.

Iedere verzekeringsnemer kan in het kader van Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, op elk ogenblik een overgang vragen naar het Forfait H door de indiening van een aansluitingsaanvraag / een aanvraag van productverandering, zonder enige andere voorwaarde te moeten vervullen, mits de vervulling van een wachttijd van een duur die evenredig moet zijn aan de eventueel nog te doorlopen maanden, opdat de wachttijd in het kader van Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus vervuld zou zijn.

10° Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan in het kader van Hospitalia of Hospitalia Medium een aansluiting aanvragen, mits naleving van een wachttijd van 6 maanden, bij de Waarborg 'Zware Ziektes' alsook bij een hogere dekking, respectievelijk Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, naargelang van het

geval, met of zonder de Waarborg 'Zware Ziektes', via de indiening van een medische vragenlijst met een aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering, zoals voorzien in punt 3°, voor zover de aansluitingsdatum voorafgaat aan zijn of haar 66ste verjaardag.

Op basis van de medische vragenlijst zal de Medische Adviseur de aansluiting aanvaarden, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, overeenkomstig punt 7°.

De beperkingen die al gelden in het kader van Hospitalia of Hospitalia Medium, en de Waarborg 'Zware Ziektes', zullen eveneens gelden voor de hogere dekking (Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, naargelang van het geval) en de Waarborg 'Zware Ziektes'.

Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan in het kader van Hospitalia Medium of Hospitalia Plus de overgang naar Hospitalia of Hospitalia Medium vragen, of de schrapping van de Waarborg 'Zware Ziektes'. De overgang of de schrapping zal ingaan, zonder vooropzeg van één maand, op de eerste dag van de maand na de maand waarin ze betekend werd, conform artikel 7, 2e paragraaf.

11° Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan in het kader van Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, een aansluiting aanvragen bij de aanvullende dekking Hospitalia Ambulant, voor zover de aansluitingsdatum bij Hospitalia Ambulant voorafgaat aan zijn of haar 65ste verjaardag. Omdat dit een bijkomende dekking betekent, zal de indiening van een medische vragenlijst, samen met een aansluitingsaanvraag / een aanvraag van productverandering, zoals bepaald in punt 3, een voorwaarde zijn.

De eventuele beperking van de bijkomende dekking om medische redenen, zal geen invloed hebben op de bestaande aansluiting. De verzekeringsnemer of de verzekerde waarvan de aanvraag aanvaard wordt, met of zonder beperking, zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen in het kader van Hospitalia Ambulant, zoals vastgesteld in artikel 64, 2°, 1).

De aansluiting bij Hospitalia Ambulant zal in werking treden, overeenkomstig punt 5°, a.

Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan in het kader van Hospitalia Ambulant de schrapping van deze dekking aanvragen. De schrapping zal pas effectief zijn, mits naleving van een opzegtermijn van één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de opzegging betekend werd.

12° Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan bij Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus of het Forfait H zijn overgang naar Hospitalia Continuïteit aanvragen, en wel zonder wachttijd, voor zover zijn wachttijd van 6 maanden beëindigd is en dit door de overhandiging van een aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering en van documenten die afdoende bewijzen dat hij gedekt was door een hospitalisatieverzekering van de werkgever in België of in het buitenland en voor zover de datum van die transfer voorafgaat aan zijn 65ste verjaardag.

Indien de verzekeringsnemer of de verzekerde ook aangesloten was bij de Waarborg 'Zware Ziektes', zal deze waarborg automatisch beëindigd worden op de datum van de overgang naar Hospitalia Continuïteit.

Aanvullend zal een medische vragenlijst gevraagd worden op het ogenblik van de aansluiting bij Hospitalia Continuïteit. Deze zal pas in werking treden bij de latere overstap naar het product Hospitalia of Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, desgevallend telkens met de Waarborg 'Zware Ziektes', indien de dekking van dit product hoger is dan de dekking die de verzekerde genoot vóór zijn aansluiting bij Hospitalia Continuïteit.

Als de wachttijd van 6 maanden in Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus of het Forfait H niet afgelopen is, dan is een overgang naar Hospitalia Continuïteit toegestaan, mits de vervulling van een wachttijd die gelijk moet zijn aan het aantal nog te vervullen maanden in het kader van Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus of het Forfait H.

Deze overgang begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op deze in de loop waarvan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zijn aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering ontvangen heeft.

De beperkingen die gelden in het kader van Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus of van het Forfait H, zullen van toepassing blijven voor Hospitalia Continuïteit.

13° Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan in het kader van Hospitalia Continuïteit, zijn overgang naar het Forfait H of Hospitalia of Hospitalia Medium of Hospitalia Plus en de Waarborg 'Zware Ziektes' aanvragen tot 65 jaar (66 jaar en 67 jaar, vanaf respectievelijk 2025 en 2030), en dat, door de overhandiging van een aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering en van documenten die afdoende bewijzen dat de betrokkene tot de dag van zijn overgang naar Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus gedekt was door een hospitalisatieverzekering van de werkgever in België of in het buitenland sinds 6 maanden, op voorwaarde dat hij zijn wachttijd van 6 maanden bij Hospitalia Continuïteit doorlopen heeft.

Is de wachttijd van 6 maanden bij Hospitalia Continuïteit niet afgerond, dan is de overgang naar Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, desgevallend telkens met de Waarborg 'Zware Ziektes' indien bij deze optie aangesloten is of Forfait H toegestaan, indien er een wachttijd doorlopen wordt die gelijk is aan het aantal maanden die nog vervuld moest worden.

Als het bewijs van de aansluiting sinds 6 maanden bij een hospitalisatieverzekering van de werkgever ontbreekt op de datum van de overgang, dan zal er een nieuwe medische vragenlijst moeten worden voorgelegd om de overgang te kunnen genieten van Hospitalia Continuïteit naar Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, desgevallend telkens met de Waarborg 'Zware Ziektes'. De verhogingen van de premies, voorzien in artikel 8 b), zullen ook toegepast worden voor de aansluiting bij de producten Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus.

In geval van aansluiting bij Hospitalia Continuïteit sinds minder dan één jaar op de datum van de overgang, is een transfer weliswaar toegestaan, maar zullen de premies verhoogd worden, zoals bepaald in artikel 8, b), behalve indien de aansluiting bij Hospitalia Continuïteit het resultaat was van een overgang van Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus naar Hospitalia Continuïteit, en indien de aansluiting bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, in totaal, een duur had, gelijk aan of hoger dan één jaar.

Deze overgang begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op deze in de loop waarvan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zijn aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering ontvangen heeft.

De beperkingen voorzien in het kader van Hospitalia Continuïteit, zullen van toepassing blijven voor Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, de Waarborg 'Zware Ziektes' of het Forfait H.

De aansluiting bij Hospitalia Continuïteit loopt af op de 1e dag van de maand die volgt op de 65e verjaardag (66e en 67e vanaf respectievelijk 2025 en 2030), en de transfer van Hospitalia Continuïteit naar Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, telkens met of zonder de Waarborg 'Zware Ziektes', is mogelijk.

14° Iedere verzekeringsnemer of verzekerde bij Hospitalia Continuïteit, kan een aansluiting vragen bij de aanvullende dekking van Hospitalia Ambulant, door het indienen van een medische vragenlijst, samen met een aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering zoals bepaald in punt 3° en voor zover de betrokkene nog geen 65 jaar is op de datum van de aansluiting bij Hospitalia Ambulant. Omdat dit een bijkomende dekking betekent, zal de verzekerde waarvan de aanvraag aanvaard wordt, een nieuwe wachttijd moeten vervullen in het kader van Hospitalia Ambulant, overeenkomstig de in artikel 64, 2° vastgestelde regels.

De aansluiting bij Hospitalia Ambulant gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een aansluitingsaanvraag / aanvraag van productverandering heeft ontvangen.

Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan in het kader van Hospitalia Ambulant de schrapping van deze dekking aanvragen. De schrapping zal pas effectief zijn, mits naleving van een opzegtermijn van één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de opzegging betekend werd.

15° Iedere verzekeringsnemer bij Dentalia Plus kan zijn overgang naar Dentalia Up aanvragen. De personen te zijnen laste in de zin van de reglementering over de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen én aangesloten bij Dentalia Plus moeten hem verplicht volgen. De overgang moet aangevraagd worden via de overhandiging van een aansluitingsaanvraag/aanvraag van productverandering en begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op deze in de loop waarvan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zijn aansluitingsaanvraag/aanvraag van productverandering ontvangen heeft. De

datum die in aanmerking genomen wordt om het begin van de wachttijd te bepalen voor Dentalia Up is de aansluitingsdatum bij Dentalia Plus.

Artikel 7: Vrijwillig ontslag

Iedere verzekeringsnemer of verzekerde kan zich op elk ogenblik vrijwillig uit de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand terugtrekken door zijn aanvraag voor een vrijwillig ontslag via een ter post aangetekend schrijven of via een elektronische gekwalificeerde aangetekende zending of een deurwaardersexploot te richten aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand of door de afgifte van de opzeggingsbrief tegen een ontvangstbewijs.

Het vrijwillige ontslag wordt pas effectief na een opzegtermijn van minimaal één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de verzending van het aangetekende schrijven of de elektronische gekwalificeerde aangetekende zending, de overhandiging van het deurwaardersexploot of de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, gericht aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, of ingediend door toedoen van één van de afdelingen, beoogd in artikel 4, en dit ongeacht de periodiciteit van de betalingen.

Deze opzegtermijn van 1 maand is evenwel niet vereist/wordt niet geëist als men van hospitalisatiedekking of ambulante dekking verandert binnen de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

De verzekerde die ontslagen is in toepassing van artikels 9 en 10 zal opnieuw bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kunnen aansluiten voor zover hij alle verschuldigde premies betaald heeft. De betrokkene zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen, vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op verstrekkingen. Op deze regel wordt een uitzondering gemaakt, als de verzekerde, een aansluiting kan bewijzen (én kan bewijzen dat hij in orde was met de premies) bij een gelijkaardige ziekenfondsverzekering of hospitalisatieverzekering van de werkgever tot de datum van zijn heraansluiting.

De voorgaande alinea is niet van toepassing voor de producten Comfort en Comfort+, voor de personen met een chronische ziekte of een handicap en die de leeftijd van 65 jaar niet hebben bereikt, voor zover de voorwaarden voorzien bij artikel 206 van de wet van 4 april 2014 vervuld zijn.

Het contract wordt van rechtswege beëindigd indien de aangeboden verzekering, de verzekerde die geen deel meer uitmaakt van één van de 3 afdelingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, onverminderd de uitzonderingen, opgesomd in artikel 5, lid 5.

Geniet niet langer de aangeboden verzekering Dagvergoedingen OZ en Xerius, de verzekerde die niet meer aangesloten is als lid bij het ziekenfonds Helan Onafhankelijk ziekenfonds. Dan wordt het contract van rechtswege beëindigd.

Geniet niet langer de aangeboden verzekering Comfort, Comfort+ en Income Two, de verzekerde die niet meer aangesloten is als lid bij de ziekenfondsen Helan Onafhankelijk ziekenfonds of Partena-Mutualité Libre. Dan wordt het contract van rechtswege beëindigd.

Artikel 8: Bedrag van de premies

a) Premies

De tabel van de premies werd in bijlage bij de statuten opgenomen.

b) De vastgestelde basisbedragen worden met respectievelijk 5, 10, 50, 70, 80 en 90% verhoogd voor de verzekerden die op het ogenblik van de aansluiting bij Hospitalia respectievelijk 46 tot 49 jaar, 50 tot 54 jaar, 55 tot 59 jaar, 60 tot 70 jaar, 71 tot 75 jaar en 76 jaar en ouder zijn.

De vastgestelde basisbedragen worden met respectievelijk 5, 10, 50 en 70% verhoogd voor de verzekerden die op het ogenblik van de aansluiting bij het Forfait H, bij Hospitalia Medium, Hospitalia Plus of bij Hospitalia Ambulant, respectievelijk 46 tot 49 jaar, 50 tot 54 jaar, 55 tot 59 jaar en 60 jaar en ouder zijn.

Voor de verzekerden van Hospitalia Plus op 31/12/2019, zijn de verhogingen van de premies berekend in functie van de aansluitingsdatum bij het product Hospitalia.

Er is geen verhoging van de premie berekend op de premie van de Waarborg ‘Zware Ziektes’, toegankelijk tot 65 jaar.

Bij de overgang van het Forfait H naar een andere dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, zal een eventuele nieuwe verhoging toegepast worden op basis van de leeftijd op de datum van deze overgang, behalve indien het om een overgang naar Hospitalia Continuïteit gaat.

Wanneer men overstapt van Hospitalia Continuïteit naar Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, met of zonder de Waarborg 'Zware Ziektes', of Forfait H, dan wordt er geen nieuwe verhoging van de premie toegepast, voor zover de aansluitingstijd bij Hospitalia Continuïteit meer dan één jaar bedraagt, behalve indien de aansluiting bij Hospitalia Continuïteit het resultaat was van een overgang van Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus naar Hospitalia continuïteit, op voorwaarde dat er een bewijs wordt geleverd van de aansluiting bij een hospitalisatieverzekering van de werkgever, sinds 6 maanden, op de datum van de overgang en op voorwaarde dat de aansluiting bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand Hospitalia, in totaal, een duur had, gelijk aan of hoger dan één jaar.

c) Onverminderd de mogelijkheden van aanpassingen voorzien in artikel 504 van wet van 13 maart 2016 op het statuut en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen, in toepassing van artikel 204 van bovenvermelde wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en los van hun aanpassing aan de index op de consumptieprijzen en de specifieke index, beoogd in artikel 204, § 3 van bovenvermelde wet van 4 april 2014, kunnen en mogen de premies niet verhoogd worden.

Conform dit artikel 204 mag de specifieke index toegepast worden in die mate dat de evolutie van deze index de evolutie van de index van de consumptieprijzen overschrijdt. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan jaarlijks beslissen om de indexeringsmogelijkheden van de premies op basis van deze indexen niet toe te passen of slechts gedeeltelijk toe te passen. Voor Hospitalia Medium en Hospitalia Plus zullen de premies echter jaarlijks verhoogd worden met 1,5% boven de toegepaste index.

Voor de toepassing van de indexering wordt als index op de consumptieprijzen die van april (basis 2013) genomen en de specifieke indexen die in acht genomen worden, zijn de volgende globale indexen:

- De contracten Hospitalia, zijn verbonden aan de waarborg 'tweepersoonskamer en gemeenschappelijke kamer'
- De contracten Hospitalia Medium, Hospitalia Plus en Hospitalia Continuïteit zijn verbonden aan de waarborg 'eenpersoonskamer'
- De contracten Hospitalia Ambulant, Medicalia, Comfort en Comfort + zijn verbonden aan de waarborg 'ambulante verzorging', evenals de Waarborg 'Zware Ziektes'
- De contracten Dentalia Plus zijn verbonden aan de waarborg 'tandverzorging.

Voor de toepassing van de indexering van Dentalia Up wordt als index op de consumptieprijzen die van april (basis 2013) genomen, en de specifieke indexen die in acht genomen worden zijn de indexen per leeftijdsklasse 'tandverzorging'.

d) Een verhoging van de premies met respectievelijk 35, 50 en 70% wordt berekend op de basisbedragen van de dekking Dentalia Plus en Dentalia Up voor de verzekerden die, op de datum van de aansluiting bij Dentalia Plus of Dentalia Up, respectievelijk de leeftijd hebben van 40 tot 44 jaar, 45 tot 59 jaar en 60 jaar en ouder.

Wanneer men overstapt van Dentalia Plus naar Dentalia Up, dan wordt er geen extra verhoging van de premie toegepast.

e) Voor Medicalia wordt geen verhoging van de premies toegepast in functie van de aansluitingsleeftijd.

f) De bedragen van de dagvergoedingen van de dienst Dagvergoedingen Xerius worden bepaald door de reeks waarvoor de verzekerde is ingeschreven en door de dienovereenkomstige premie die werd betaald.

De verschillende reeksen staan opgesomd in artikel 98. I en vormen integraal deel van deze statuten. Het recht op de dagvergoeding loopt gedurende zes dagen per week. De zondagen, alsmede de wettelijke feestdagen, zijn van vergoedingen uitgesloten.

De begindatum van het recht op de dagvergoeding hangt af van de carensperiode die is voorzien in de reeks waarvoor het lid is ingeschreven.

Verzekerde zelfstandigen:

- reeksen vermeld onder artikel 98, I, punten 1 en 2: vanaf de negende dag(*) (NA, NC, NX en TC)
- reeksen vermeld onder artikel 98, I, punt 3: vanaf de vijftiende dag (040160)
- reeksen vermeld onder artikel 98, I, punt 4: vanaf de éénenzestigste dag (072360)

(*) In geval van verpleging in een ziekenhuis worden de vergoedingen voor de verzekerde zelfstandigen voor de duur van de hospitalisatie, volledig betaald vanaf de eerste dag.

Einde of duurtijd van de dagvergoeding.

Verzekerden - zelfstandigen:

- reeksen vermeld onder artikel 98, I 1 en 2: tot aan de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.
- Voor de reeksen vermeld in artikel 98 I punten 3 en 4 (indien dit uitdrukkelijk voorzien is in de verzekeringsovereenkomst) eindigt de dagvergoeding op het einde van de maand waarop de betrokkene de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepsbekwaamheid volledig en definitief stopzet.

Artikel 9: Regels voor de betaling van de premies

De verschuldigde maandelijkse premie is betaalbaar per kwartaal, halfjaar of jaar.

Zij dient vooruitbetaald te worden, dit wil zeggen in ontvangst genomen vóór de 1ste 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 het kwartaal, het halfjaar of het jaar.

De verzekerde die zijn premie niet betaald heeft vóór de eerste dag van het kwartaal, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven of per elektronische 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 de dag van de afgifte van het aangetekende schrijven bij de post of de dag die volgt op de dag van de elektronische gekwalificeerde aangetekende zending.

Deze aanmaning brengt hem op de hoogte van de schorsing van de waarborg in geval van niet-betaling binnen bovenvermelde termijn. De aanmaning vormt het vertrekpunt van de termijn van 45 dagen, waarna van rechtswege wordt overgegaan tot het ontslag.

Wanneer de verzekerde zijn premie niet betaald heeft op het einde van een trimester, dan zal hem automatisch een forfaitaire vergoeding van 15 euro aangerekend worden, bij wijze van rappelkosten.

Artikel 10

De aansluiting van een verzekerde kan nietig verklaard worden ingevolge een nadeel dat vrijwillig berokkend werd aan de belangen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en meer bepaald bij 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 ingevolge zijn weigering om de statuten van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand na te leven.

De nietigverklaring van de aansluiting gebeurt bij geheime stemming door het Directiecomité, eventueel na de betrokken verzekerde gehoord te hebben.

De verzekerde die op voorgestelde dag en uur niets van zich laat weten, wordt geacht afstand te hebben gedaan van zijn verweermiddelen. De verzekerde wordt bij met redenen omkleed schrijven van zijn uitsluiting in kennis gesteld.

Artikel 11

In geval van nietigheid, zullen de premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand hiervan kennis heeft gekregen, toekomen aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

In geval van vrijwillig ontslag, zal worden overgegaan tot de terugbetaling van de premies die reeds betaald waren voor de maanden die volgen op de datum waarop de aansluiting een einde genomen heeft.

In geval van overlijden, zullen de al betaalde premies die betrekking hebben op de dagen en maanden die volgen op de dag na de overlijdensdatum, terugbetaald worden.

Overeenkomstig voormeld artikel 73 van de wet van 4 april 2014, zal de terugbetaling gebeuren binnen een termijn van dertig dagen vanaf de inwerkingtreding van de opzegging.

Hoofdstuk III – Organen van de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand

Afdeling 1 - De Algemene Vergadering

Onderafdeling 1: Samenstelling van de Algemene Vergadering

Artikel 12

De Algemene Vergadering is samengesteld uit op zijn minst 118 vertegenwoordigers, verhoogd met ten minste twee vertegenwoordigers per volle schijf van 20.000 verzekerden boven de eerste 505.000 verzekerden, zoals bepaald door artikel 2 van het Koninklijk Besluit van 7 juli 2021 houdende uitvoering van de artikels 2, § 3, lid 2, 14, § 3, en 19, lid 3 en 4, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, met betrekking tot de maatschappij van onderlinge bijstand, beoogd in artikel 70, § 6, van diezelfde wet.

Het maximumaantal vertegenwoordigers is 250.

De verzekerden die in overweging genomen worden om het aantal vertegenwoordigers te bepalen binnen de Algemene Vergadering, zijn de leden van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in de zin van het Koninklijk Besluit van 7 juli 2021 op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de verkiezing van de Algemene Vergadering zal plaatsvinden.

Het aldus vastgestelde aantal vertegenwoordigers wordt verdeeld onder de kiesomschrijvingen in verhouding tot hun verzekerdenaantal.

Iedere omschrijving heeft recht op ten minste één vertegenwoordiger.

Deze vertegenwoordigers worden door de verzekerden verkozen voor een hernieuwbare maximumperiode van 6 jaar.

Indien het aantal mandaten, zoals vereist in alinea 1 niet of niet meer bereikt wordt, wordt de Algemene Vergadering toch geacht rechtsgeldig te zijn samengesteld tot de volgende ziekenfondsverkiezingen.

Onderafdeling 2: Verkiezing van de Algemene Vergadering

Kiesomschrijvingen

Artikel 13

Met het oog op de verkiezing van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering, wordt de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand ingedeeld in kiesomschrijvingen die overeenstemmen met de afdelingen die op de datum van de verkiezingen erkend zijn overeenkomstig artikel 4 van deze statuten.

Een kiesomschrijving omvat alle leden met stemrecht (die deel uitmaken van deze omschrijving).

Artikel 14

Binnen elke kiesomschrijving, verkiezen de verzekerden die stemgerechtigd zijn, een aantal vertegenwoordigers dat in verhouding staat tot het ledental dat tot deze kiesomschrijving behoort, dit overeenkomstig artikel 12, lid 4.

Voorwaarden qua kiesrecht en verkiesbaarheid

Artikel 15

A. Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de vertegenwoordigers van de Algemene Vergadering, moet men:

   a) verzekerd zijn bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en in orde zijn met de betaling van de premies ;

   b) meerderjarig of ontvoogd zijn;

   c) sedert ten minste twee jaar op de datum van de oproep tot kandidaturen verzekerd zijn.

B. Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger bij de Algemene Vergadering, moeten de verzekerden:

   a) stemgerechtigd zijn in de zin van de vorige alinea;

   b) van goed gedrag en zeden zijn en niet ontzet zijn uit hun burgerrechten;

   c) geen personeelslid zijn van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand;

   d) nooit ontslagen te zijn geweest als personeelslid van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand of een afdeling om een ernstige reden.

Men kan slechts kandidaat zijn in die kiesomschrijving, waar men stemgerechtigd is.

Verkiezingsprocedure

Artikel 16

De stemgerechtigde verzekerden moeten ten laatste op 31 oktober van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen plaatsvinden op de hoogte gebracht worden via de website van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en minstens een van de volgende kanalen: per individuele brief of per e-mail of door middel van de publicaties of brochures bestemd voor de verzekerden van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand:

1° de oproep tot kandidaturen en de wijze van kandidatuurstelling;

2° de uiterste datum voor de indiening van de kandidaturen;

3° de indeling van de kiesgebieden en het aantal mandaten per kiesgebied;

4° de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

Voor de naleving van de informatieplicht beoogd door dit artikel en door de volgende artikels, kan de Algemene Vergadering de beslissing nemen om een beroep te doen op de publicaties of brochures die verdeeld worden binnen de afdelingen.

Artikel 17

De verzekerden die zich in hun kiesomschrijving kandidaat wensen te stellen, kunnen zich kandidaat stellen tot uiterlijk 30 november van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen zullen worden gehouden. Het poststempel geldt als bewijs.

Artikel 18

De kandidatuurstelling gebeurt per aangetekende brief, gericht aan de Voorzitter van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

De Voorzitter, die vaststelt dat de kandidaat niet aan de bij artikel 15 B. van deze statuten vastgestelde verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief aan de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mede, uiterlijk 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen zullen worden gehouden.

De kandidaat die deze gemotiveerde weigering wenst te betwisten, beschikt over een termijn van 10 werkdagen, volgend op de datum waarop de betwiste beslissing hem werd meegedeeld, om bij aangetekend schrijven klacht neer te leggen bij de Controledienst.

De Controledienst beschikt over 30 dagen om kennisgeving te doen van zijn beslissing aan de betrokken kandidaat, alsook aan de Voorzitter van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Artikel 19

Er wordt per kiesomschrijving één lijst opgemaakt van de kandidaten.

De Raad van Bestuur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand stelt de lijsten van de verschillende kiesomschrijvingen samen, op basis van de ontvangen kandidaturen.

De lijst van de kandidaten, per kiesomschrijving, die voldoen aan de voorwaarden om verkozen te worden, moet aan de stemgerechtigde verzekerden worden meegedeeld via de website van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en/of de afdelingen en minstens een van de volgende kanalen: per individuele brief of per e-mail of door middel van de publicaties bestemd voor de verzekerden van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Deze mededeling vindt plaats ten laatste op 28 februari van het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen plaatsvinden.

In de mededeling wordt voor de betrokken kiesomschrijvingen melding gemaakt van de eventuele stopzetting van de verkiezingsverrichtingen overeenkomstig artikel 28 van de huidige statuten.

Artikel 20

De verzending van de uitnodigingen tot stemming op basis van de definitieve kandidatenlijsten en de mededeling van de datum van de verkiezing vinden uiterlijk op 15 maart plaats van het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen worden gehouden.

De verkiezingen beginnen ten vroegste 8 kalenderdagen na de verzending van de oproepingen.

Kiesbureaus

Artikel 21

De organisatie van en het toezicht op de kiesverrichtingen worden toevertrouwd aan een kiesbureau samengesteld uit een Voorzitter, een Secretaris en twee bijzitters. Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste 30 dagen vóór de aanvang van de kiesverrichtingen.

De Voorzitter en de bijzitters van het kiesbureau worden aangesteld door de Raad van Bestuur.

De Secretaris wordt aangewezen door de Voorzitter (uit de leden van de kiesomschrijvingen beoogd in artikel 13).

De kandidaten voor de verkiezing mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau.

Het kiesbureau neemt alle nodige maatregelen om het regelmatige verloop van de kiesverrichtingen te verzekeren.

Opstelling van kiezerslijsten

Artikel 22

De kiezerslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. Zij vermelden naam, voornamen, de nummers als verzekerde en het adres van iedere kiezer.

De stemming

Artikel 23

De stemming is vrij en geheim.

Er wordt overgegaan tot een stemming in een kiesomschrijving wanneer het aantal kandidaten voor deze kiesomschrijving groter is dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten voor deze kiesomschrijving.

De Voorzitter van het kiesbureau verstuurt de oproepingsbrief (per e-mail of met de post) ten laatste op 15 maart van het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen plaatsvinden.

De verkiezingen beginnen ten vroegste 8 kalenderdagen na de verzending van de oproepingsbrieven.

De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatse of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de Controledienst vastgestelde voorwaarden.

Indien de stemming niet langs elektronische weg kan geschieden, zal zij op de volgende wijze per briefwisseling plaatsvinden.

De voorzitter van het stembureau stuurt de oproepingsbrief en het stembiljet uiterlijk op 15 maart aan de kiezer. De oproepingsbrief vermeldt de periode gedurende welke de stemming kan worden uitgebracht.

De kiezer dient het naar behoren door hem ingevulde stembiljet in een gesloten omslag te steken en hij moet het via de post verzenden naar de Voorzitter van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Dit alles moet aankomen bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand vóór de sluiting van de stemming.

Artikel 24

Elke kiezer mag slechts één stem uitbrengen.

De naamstem wordt uitgebracht in het stemvak achter de naam en voornaam van de kandidaat aan wie de kiezer zijn stem wil geven.

Indien de kiezer zich kan verenigen met de volgorde van de door de Raad van Bestuur vastgestelde lijst, dan brengt hij zijn stem uit in het stemvak bovenaan op die lijst.

De kiezer kan een volmacht geven aan een andere kiezer om over te gaan tot stemming.

Telling van de stemmen

Artikel 25

Het kiesbureau gaat onmiddellijk na de sluiting van de verkiezingen over tot de telling van de uitgebrachte stemmen.

Het maakt een lijst op van de door de Voorzitter ontvangen omslagen, met vermelding van de naam van de gerechtigde en het aansluitingsnummer, alsook de datum van de poststempel.

Het kiesbureau belast zich vervolgens met de verwijdering van de omslagen waarvoor de voorwaarden inzake stemrecht niet vervuld zijn of waarbij er meer omslagen uitgegeven werden, dan er stemgerechtigde personen waren. De aldus afgevoerde omslagen zullen vermeld worden in het proces-verbaal. De andere omslagen worden geopend en in de kiesurne gestoken.

Na deze eerste telling, gaat het kiesbureau over tot de opening van de urne en van de omslagen die deze urne bevat.

Zijn ongeldig:

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop meer dan één stem werd uitgebracht;
- stembiljetten waarop niet gestemd is;
- stembiljetten met schrappingen of overschrijvingen;
- omslagen die meerdere stembiljetten bevatten.

Artikel 26

Het kiesbureau maakt een proces verbaal op van de kiesverrichtingen met opgave van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van controle van de identiteit van de kiezers en de uitslag van de stemming.

Artikel 27

De vertegenwoordigers worden, per kiesomschrijving, verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

De uitgebrachte lijststemmen worden verdeeld over de kandidaten, in volgorde van hun rangschikking op de lijst, met het oog op het bereiken van het vereiste quorum. Dit quorum wordt bereikt door het aantal geldig uitgebrachte stemmen te delen door het aantal te begeven mandaten in de betrokken kiesomschrijving.

Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat, is de volgorde van de lijst beslissend.

Vrijstelling van het organiseren van verkiezingen

Artikel 28

Wanneer het aantal kandidaten in een kiesomschrijving gelijk is aan of kleiner is dan het aantal toe te kennen mandaten in deze kiesomschrijving, dan zijn de kandidaten die zich aangeboden hebben en die voldoen aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden van artikel 15 B, van rechtswege verkozen, zonder dat er een stemming georganiseerd hoeft te worden.

Het bureau omschrijft, in dit geval, in het proces verbaal, waarvan sprake is in artikel 26 van deze statuten, de redenen van de niet inrichting van verkiezingen in deze kiesomschrijving.

Mededeling van de resultaten

Artikel 29

De resultaten van de verkiezingen worden aan de stemgerechtigde verzekerden meegedeeld via de website van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en/of van de afdelingen, en via ten minste één van de volgende kanalen: per individuele brief of per e-mail of via publicaties of brochures aan de verzekerden van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. De mededeling vindt plaats uiterlijk vijftien dagen na de dag waarop alle stemmen zijn uitgebracht in alle kiesomschrijvingen waar gestemd moet worden of nadat is vastgesteld dat in geen van de kiesomschrijvingen moet worden gestemd omdat het aantal kandidaten in alle kiesomschrijvingen kleiner is dan of gelijk is aan het aantal effectieve mandaten.

De verkozen kandidaten worden onmiddellijk verwittigd van hun verkiezing en van de termijn waarbinnen de handelingen verricht moeten worden die nodig zijn om zich kandidaat te kunnen stellen voor de post van Bestuurder van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Artikel 30

Onverminderd de bevoegdheid van de rechtbanken kunnen alle betwistingen ingevolge deze verkiezingsprocedure, overeenkomstig artikel 27 van het koninklijk besluit van 7 juli 2021, worden voorgelegd aan de Controledienst voor de ziekenfondsen.

Elke betrokken partij die de resultaten of het verloop van de stemming wenst te betwisten, kan hiertoe een aangetekend schrijven richten aan de Controledienst, dit binnen de 10 werkdagen na, naar gelang van het geval, de betwiste beslissing, het betwiste verloop van de verkiezingen of de bekendmaking van de betwiste uitslag van de verkiezingen.

De Controledienst beschikt over 30 dagen om kennisgeving te doen van zijn beslissing aan de betrokken partijen.

Artikel 31

De publicaties, brochures, brieven en e-mails die naar de verzekerden verstuurd worden in het kader van de verkiezingsprocedure, worden tegelijkertijd ook overgemaakt aan de Controledienst.

De samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen worden eveneens overgemaakt.

Onderafdeling 3: Installatie van de Algemene Vergadering

Artikel 32

De nieuwe Algemene Vergadering wordt geïnstalleerd ten laatste op 30 juni van het jaar waarin de ziekenfondsverkiezingen plaatsvonden.

De Algemene Vergadering kan maximum 5 raadgevers met raadgevende stem aanduiden.

De personen die in de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand hetzij belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen, kunnen de vergaderingen van de Algemene Vergadering met raadgevende stem bijwonen.

Onderafdeling 4: Verlies van de hoedanigheid van afgevaardigde

Artikel 33

A. Verliest de hoedanigheid van afgevaardigde, bij beslissing van de Algemene Vergadering van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand:

   1° hij die een lid van de Raad van Bestuur in de uitoefening van zijn ambt belastert;

   2° hij die tijdens een vergadering een afgevaardigde of een lid van de Raad van Bestuur bedreigt of beledigt;

   3° hij die daden stelt die de belangen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand schaden;

   4° hij die weigert zich te onderwerpen aan de statuten en aan de reglementen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand;

   5° hij die een in kracht van gewijsde gegane veroordeling opgelopen heeft wegens eerroof, wegens een aanslag op de goede zeden, wegens geldverduistering of wegens valsheid en gebruik van valse

documenten en/of een veroordeling die aanleiding gegeven heeft tot een al dan niet voorwaardelijke straf van meer dan 3 maanden opsluiting;

6° hij die afwezig was zonder zich te hebben verontschuldigd en zonder volmacht te geven op 3 vergaderingen van de Algemene Vergadering.

B. Verliest van rechtswege de hoedanigheid van afgevaardigde, de persoon die niet meer verzekerd is bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Onderafdeling 5: Bevoegdheden van de Algemene Vergadering

Artikel 34

De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de aangelegenheden bedoeld in artikel 15 van de wet van 6 augustus 1990 en volgens de modaliteiten vastgesteld in de artikelen 16, 17 en 18 van dezelfde wet, tenzij onderhavige statuten anders bepalen.

De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de volgende aangelegenheden:

1° de statutenwijzigingen;

2° de verkiezing en de afzetting van de Bestuurders;

3° de goedkeuring van de begrotingen en jaarrekeningen;

4° de toekenning van presentiegelden of van de terugbetaling van kosten verbonden aan de uitvoering van het mandaat en de toekenning van een forfaitaire onkostenvergoeding aan de bestuurders, aan de personen die zetelen in de Comités en aan de leden van de Algemene Vergadering;

5° de aanstelling van één bedrijfsrevisor;

6° de samenwerking met beoogde derden bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990;

7° de ontbinding van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en de acties gelinkt aan de vereffening van de Maatschappij van onderlinge bijstand;

8° de fusie met een andere Maatschappij van onderlinge bijstand beoogd in artikel 43bis § 5 voor zover alle ziekenfondsen behoren tot dezelfde Landsbond en erkend worden als afdelingen in de zin van artikel 4 op de datum van inwerkingtreding van de fusie.

Artikel 35

De Algemene Vergadering mag aan de Raad van Bestuur, voor een vernieuwbare periode van een jaar, de bevoegdheid delegeren om te beslissen over de aanpassingen van premies. De beslissingen van de Raad van Bestuur worden genomen met een twee derde meerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde leden.

Deze aanpassingen worden aan de Controledienst medegedeeld.

Artikel 35 bis

De Algemene Vergadering legt de bedragen vast van de terugbetalingen van kosten (maaltijd en verplaatsingen) die toegekend zijn aan de leden ervan.

Deze bedragen zijn opgenomen in de bijlage van deze statuten.

Onderafdeling 6: Besprekingen van de Algemene Vergadering

Artikel 36

De Algemene Vergadering wordt door de Raad van Bestuur bijeengeroepen, in de gevallen bepaald in de wet of in de statuten, alsook wanneer ten minste 1/5 van de leden van de Algemene Vergadering erom verzoekt.

Deze bijeenroeping die de agenda bevat, wordt uiterlijk 20 dagen vóór de datum van de Algemene Vergadering verstuurd of gepubliceerd.

De Algemene Vergadering kan enkel overleg plegen over de punten die vermeld staan in de agenda.

Artikel 36 bis

§ 1. De algemene vergadering wordt in principe gehouden met fysieke aanwezigheid.

Opdat een zo groot mogelijk aantal verkozenen aan de vergaderingen van de algemene vergadering kan deelnemen, kan de raad van bestuur daarnaast de mogelijkheid voorzien:

1° om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,

2° om op afstand te stemmen vóór de vergadering.

De Raad van bestuur waakt erover:

a) dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;

b) dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.

De bevoegdheden van de raad van bestuur die in deze paragraaf worden bedoeld kunnen overeenkomstig de wet van 6 augustus 1990 worden gedelegeerd.

§ 2. In afwijking van § 1 kan de raad van bestuur een vergadering van de algemene vergadering uitsluitend via videoconferentie of via schriftelijke raadpleging organiseren wanneer uitzonderlijke omstandigheden of de dringende noodzaak dat vereisen.

Onder de termen "*uitzonderlijke omstandigheden*" moet men verstaan: "*elke omstandigheid die het houden van een vergadering met fysieke aanwezigheid onmogelijk maakt of verbiedt*".

Onder de termen "*dringende noodzaak*" moet men verstaan: "*elke situatie die vereist dat er snel wordt gehandeld om schade te vermijden of om de termijn waarin een beslissing moet worden genomen te respecteren*".

§ 3. De bijeenroepingstermijnen, het voorziene quorum en de vereiste meerderheid, die zijn voorzien door de wet van 6 augustus 1990 of door deze statuten opdat de beraadslaging van de algemene vergadering geldig zou zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in §§ 1 en 2.

Wat het quorum betreft dat moet worden bereikt, worden de verkozenen die via videoconferentie aan de algemene vergadering deelnemen of die hun stem in het kader van een schriftelijke raadpleging hebben meegedeeld of die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In een dergelijk geval kunnen de verkozenen uiteraard geen aanspraak maken op een tussenkomst voor verplaatsingskosten.

De statutaire bepalingen over de mogelijkheid om een volmacht te geven zijn ook van toepassing wanneer de vergadering via videoconferentie wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de verkozenen die via videoconferentie aan de vergadering deelnemen in toepassing van § 1. De volmachten zijn daarentegen niet toegelaten wanneer de vergadering via schriftelijke raadpleging wordt georganiseerd.

§ 4. De bijeenroeping van de vergadering van de algemene vergadering vermeldt de wijze waarop de vergadering zal verlopen en in voorkomend geval de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze.

Ze vermeldt in voorkomend geval een heldere en nauwkeurige beschrijving van de procedures met betrekking tot de deelname op afstand of per schriftelijke raadpleging, de mogelijkheid om zijn stem uit te brengen vóór de vergadering en of het mogelijk is om een volmacht te geven aan een andere verkozene.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconferentie wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de verkozenen in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de algemene vergadering en om hun stemrecht uit te oefenen met betrekking tot alle punten waarover de algemene vergadering zich dient uit te spreken. Het elektronische communicatiemiddel moet de verkozenen bovendien in staat stellen om deel te nemen aan de beraadslagingen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer er wordt overgegaan tot een schriftelijke raadpleging:

- bevat de bijeenroeping de dagorde van de vergadering, de redenen voor het houden van de vergadering via schriftelijke raadpleging, de nodige informatie om de uitwisseling van vragen mogelijk te maken en een stembiljet met de vermeldingen '*ja*', '*neen*' of '*onthouding*';
- vermeldt de bijeenroeping de termijn waarbinnen de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of het elektronische adres waarnaar de stembiljetten moeten worden verstuurd;
- zal de bijeenroeping ook de termijn vermelden waarbinnen vragen schriftelijk kunnen worden gesteld; de raad van bestuur waakt erover dat de antwoorden op de gestelde vragen ter beschikking worden gesteld van alle verkozenen zodat de verkozenen er rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun al uitgebrachte stem kunnen wijzigen in functie van die vragen en antwoorden.

  Wanneer er via de post wordt geantwoord op een schriftelijke raadpleging, bewijst de datum van de afstempeling of de stem binnen de vereiste termijn werd uitgebracht. Om te worden meegeteld, moet de stem niettemin ontvangen werden binnen de 3 werkdagen na het einde van voormelde termijn.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die werden gesteld en de opmerkingen die werden gemaakt, de antwoorden die erop werden gegeven, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die werden genomen, alsook:

1° het aantal aanwezige verkozenen;

2° in voorkomend geval, het aantal verkozenen die een volmacht hebben gegeven;

3° het aantal verkozenen die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;

4° de wijze waarop de vergadering is verlopen en in voorkomend geval, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze;

5° de eventuele technische problemen en incidenten die de deelname langs elektronische weg aan de vergadering of aan de stemming hebben belet of verstoord;

6° het aantal verkozenen die per videoconferentie aan de vergadering hebben deelgenomen en het aantal verkozenen die fysiek aan de vergadering hebben deelgenomen;

7° in voorkomend geval, het aantal verkozenen die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering.

In de notulen of op de aanwezigheidslijst zal bovendien de volgende informatie vermeld moeten worden:

1° de identiteit van de aanwezige verkozenen,

2° de identiteit van de verkozenen die een volmacht hebben gegeven en aan wie,

3° de identiteit van de verkozenen die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;

4° in voorkomend geval, de identiteit van de verkozenen naargelang de wijze van deelname aan de vergadering (fysiek, videoconferentie of schriftelijke raadpleging).

§ 8. De raad van bestuur kan de bijeenroeping van de algemene vergadering en de bevoegdheden bedoeld in §§ 1, 2 en 6 delegeren overeenkomstig de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990.

Artikel 37

De Algemene Vergadering wordt ten minste éénmaal per jaar samengeroepen, op een dag en plaats vastgesteld door de Raad van Bestuur, dit met het oog op de goedkeuring van de jaarrekening en de begroting. De Raad van Bestuur mag, onder zijn verantwoordelijkheid, de bevoegdheid om de vergadering bijeen te roepen, delegeren aan de Voorzitter.

Elk lid van de Algemene Vergadering moet uiterlijk 8 dagen vóór de datum van de Algemene Vergadering over documentatie beschikken die de volgende gegevens bevat:

1° het activiteitenverslag van het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de werking van de diensten en activiteiten;

2° de opbrengst van de premies van de verzekerden en hun wijze van aanwending;

3° het ontwerp van jaarrekeningen, omvattende de balans, de resultatenrekening en de toelichting, alsook het verslag van de revisor;

4° het ontwerp van begroting voor het volgende dienstjaar;

5° het jaarlijks rapport omtrent de samenwerking met derden, zoals bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990;

6° de voorstellen tot wijziging van de statuten;

7° de beslissingen die na de vorige Algemene Vergadering door de Raad van de Controledienst werden genomen aangaande statutenwijzigingen.

Elke verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan, op eenvoudige aanvraag, een synthese van deze documentatie bekomen. Na goedkeuring door de Algemene Vergadering, worden de stukken die vermeld staan in dit artikel, alsook de notulen van de vergadering, door de Raad van Bestuur doorgestuurd naar de Controledienst binnen de door deze laatste vastgestelde termijn.

Het is ook mogelijk om uitzonderlijk een Algemene Vergadering bijeen te roepen om de statuten en premies aan te passen.

Conform artikel 317 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen zendt de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aan de Controledienst van de Ziekenfondsen ten minste 3 weken vóór de zitting van de Algemene Vergadering:

1. de voorgestelde statutenwijzigingen en aanpassingen van de premies,
2. de beslissingen die zij wil nemen tijdens deze vergadering en die een invloed kunnen hebben op de verzekeringsproducten, aangeboden door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

De opmerkingen die de Controledienst formuleert, zullen medegedeeld worden aan de Algemene Vergadering. Deze opmerkingen en de antwoorden daarop, zullen opgenomen worden in de notulen van de betrokken vergadering.

In de maand die volgt op hun goedkeuring door de Algemene Vergadering, worden de statutenwijzigingen en de aanpassingen van de premies, alsook de beslissingen die een invloed kunnen hebben op de verzekeringsproducten, aangeboden door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, medegedeeld aan de Controledienst.

Artikel 38

De beslissingen worden geldig genomen, indien minstens de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen, behalve in gevallen waarin de wet of deze statuten het anders bepalen.

Iedere beslissing moet goedgekeurd worden door de meerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde afdelingen, om op geldige wijze aanvaard te kunnen worden.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet is bereikt, dan wordt er een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen. Op de agenda van deze vergadering mogen enkel die punten ingeschreven worden, die al vermeld stonden op de agenda van de eerste Algemene Vergadering.

Deze tweede Algemene Vergadering vergadert op geldige wijze, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden. Die tweede vergadering mag niet minder dan 20 dagen na de eerste worden gehouden.

Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt over één stem.

De Bestuurder die tevens lid is van de Algemene Vergadering mag niet deelnemen aan de beraadslaging en de stemming over zijn eigen afzetting.

De personen die uitgesloten zijn van de stemming, worden niet in aanmerking genomen voor de berekening van het aanwezigheidsquorum voor het betrokken punt van de agenda.

Artikel 39

Indien de afgevaardigde in de onmogelijkheid verkeert om een Algemene Vergadering bij te wonen, dan kan hij volmacht geven aan een andere afgevaardigde. Elke afgevaardigde kan slechts houder zijn van één enkele volmacht.

Artikel 40

De Algemene Vergadering kiest een bedrijfsrevisor uit een lijst van revisoren, die erkend zijn door de Nationale Bank van België en die lid zijn van het Instituut van Bedrijfsrevisoren.

De revisor brengt verslag uit bij de jaarlijkse Algemene Vergadering die de goedkeuring van de jaarrekening van het boekjaar op haar agenda heeft.

Het mandaat van de revisor wordt vastgesteld voor een vernieuwbare periode van 3 jaar.

De revisor woont de Algemene Vergadering bij, wanneer deze besprekingen voert over een verslag dat hijzelf geredigeerd heeft.

De revisor heeft het recht om het woord te nemen op de Algemene Vergadering betreffende de punten die te maken hebben met zijn opdrachten.

Afdeling 2 - De Raad van Bestuur

Onderafdeling 1: Samenstelling van de Raad van Bestuur

Artikel 41

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand wordt bestuurd door een Raad van Bestuur die verkozen wordt door de Algemene Vergadering en die uit ten minste 10 of maximaal 29 Bestuurders bestaat.

- 19 mandaten als bestuurder zullen verdeeld worden onder de afdelingen in verhouding tot het aantal van hun verzekerden op 30 juni van het jaar, voorafgaand aan de ziekenfondsverkiezingen. Elke afdeling zal vertegenwoordigd worden door op zijn minst 1 bestuurder;
- 4 mandaten zullen voorbehouden worden voor de Directeur-generaal, de Operationeel Directeur, de Financieel Directeur en de Secretaris van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand;
- 1 mandaat is voorbehouden voor de Voorzitter die het statuut van onafhankelijke bestuurder zal krijgen in de zin van artikel 17 van het Koninklijk besluit van 7 juli 2021;
- 1 mandaat zal toegekend worden aan de onafhankelijke bestuurder beoogd in artikel 45, §4 die het Voorzitterschap zal verzekeren van het Audit- en Risicocomité;

- 4 mandaten mogen toegekend worden aan bijkomende onafhankelijke bestuurders die verkozen kunnen worden, in toepassing van artikel 45, §4.

Het aantal mandaten dat buiten de vertegenwoordiging van de afdelingen wordt toegekend, mag niet meer dan 25 % van het totale aantal bestuurders bedragen. De onafhankelijke bestuurders worden niet mee in aanmerking genomen voor de toepassing van deze regel.

De Raad van Bestuur mag voor niet meer dan een vierde bestaan uit personen die door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand worden bezoldigd.

Wanneer een afdeling van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand door een andere afdeling van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand wordt overgenomen in het kader van een fusie die plaatsvindt op 1 januari van het jaar waarin de verkiezing van de Algemene Vergadering van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zal plaatsvinden, worden de personen die aangesloten zijn bij de over te nemen afdeling voor de bepaling van het aantal vertegenwoordigers van deze afdeling in de Raad van Bestuur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beschouwd als personen die op 30 juni van het jaar voorafgaand aan dat jaar aangesloten waren bij de overnemende afdeling.

Artikel 42

De Raad van Bestuur kiest onder zijn leden een Voorzitter en twee Ondervoorzitters, waaronder een Eerste Ondervoorzitter. Bij afwezigheid of onbeschikbaarheid van de Voorzitter worden zijn functies voorlopig vervuld door één der Ondervoorzitters of door de oudste Bestuurder.

De Raad van Bestuur kan maximum 5 raadgevers met raadgevende stem aanduiden. Er zal van rechtswege een mandaat als raadgever toegekend worden aan elke afdeling die slechts zou kunnen beschikken over 1 enkele verkozen bestuurder, in toepassing van artikel 41.

De personen die binnen de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een directiefunctie uitoefenen, kunnen met raadgevende stem aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur deelnemen.

De Raad van Bestuur benoemt de Directeur-generaal van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Artikel 43

De personen met een mandaat van bestuurder kunnen de terugbetaling krijgen van de kosten verbonden aan de uitvoering van dat mandaat of een forfaitaire onkostenvergoeding voor dergelijke kosten. Ze kunnen ook presentiegelden ontvangen. Er kan een onderscheid gemaakt worden naargelang de vraag of het om een uitvoerende, dan wel om een niet-uitvoerende Bestuurder gaat.

Met de terugbetaling van gemaakte onkosten, beogen we de kosten van maaltijden en de reiskosten die toegekend kunnen worden aan alle leden van de bestuursorganen, alsook de maandelijkse forfaitaire vergoeding, die toegekend kan worden aan de Voorzitter, aan de Voorzitter van het Audit- en Risicocomité of voor elke andere functie beslist door de Algemene Vergadering. Overeenkomstig de wet van 6 augustus 1990, worden de bedragen van de presentiegelden en/of de toegekende terugbetalingen van kosten verbonden aan de uitvoering van het mandaat en/of de forfaitaire onkostenvergoedingen bepaald en genotuleerd door de Algemene Vergadering en gepubliceerd in bijlage van deze statuten.

De onafhankelijke bestuurders kunnen een bezoldiging krijgen.

Onderafdeling 2: Verkiezing van de Raad van Bestuur

Artikel 44

Overeenkomstig artikel 19, lid 1 van de wet van 6 augustus 1990, worden de leden van de Raad van Bestuur voor een hernieuwbare termijn van maximaal 6 jaar verkozen door de Algemene Vergadering.

Artikel 45

1° Om lid te kunnen worden van de Raad van Bestuur, moet men meerderjarig zijn en van goed gedrag en zeden.

De kandidaat-bestuurder zal moeten bewijzen dat hij beschikt over de vereiste deskundigheid en professionele betrouwbaarheid voor de uitoefening van zijn mandaat, zoals beschreven in de circulaire NBB_2018_25 van 18 september 2018 van de Nationale Bank. Om verkozen te kunnen worden, zal hij een gunstig advies moeten krijgen van zowel het Remuneratie- en Benoemingscomité, als de Controledienst van de Ziekenfondsen.

Het is evenwel geen vereiste dat men deel uitmaakt van de Algemene Vergadering.

Om verkozen te kunnen worden als lid van de Raad van Bestuur, mag men de leeftijd van 72 jaar niet bereikt hebben op het ogenblik van de verkiezing. Het mandaat van de Bestuurder loopt automatisch af op 1 januari van het dienstjaar dat volgt op het jaar, waarin hij de leeftijd van 72 jaar bereikt heeft.

2° Er mag niet meer dan 75 % van de mandaten toegekend worden aan personen van eenzelfde geslacht.

3° Er is onverenigbaarheid tussen enerzijds de uitoefening van een mandaat van Bestuurder bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en anderzijds de uitoefening van een leidende functie in een medisch-sociale instelling waarvan een gedeelte of alle verstrekkingen deel uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging.

4° De Raad bestaat uit ten minste één onafhankelijke bestuurder in de zin van artikel 17 van het Koninklijk besluit van 7 juli 2021 en ten minste één onafhankelijke bestuurder in de zin van de wet van 13 maart 2016, die daarenboven beschikt over de vereiste ervaring qua boekhouding en/of audit. Deze laatste Bestuurder is tevens lid van het Audit- en Risicocomité. De Algemene Vergadering kan daarenboven vier bijkomende onafhankelijke bestuurders verkiezen die beantwoorden aan de wet van 13 maart 2016.

Die onafhankelijke bestuurders hoeven niet noodzakelijk verzekerd te zijn bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Conform de wet van 13 maart 2016, dient de onafhankelijk bestuurder, ten minste te voldoen aan volgende criteria:

1) gedurende een tijdvak van vijf jaar voorafgaand aan zijn benoeming, noch in de vennootschap, noch bij een daarmee verbonden vennootschap of persoon zoals bepaald in artikel 1:20 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen, een mandaat van uitvoerend lid van het bestuursorgaan of een functie van lid van het directiecomité of van persoon belast met het dagelijks bestuur hebben uitgeoefend;

2) niet meer dan drie opeenvolgende mandaten als niet-uitvoerend bestuurder in de Raad van Bestuur hebben uitgeoefend, zonder dat dit tijdvak langer mag zijn dan twaalf jaar;

3) gedurende een tijdvak van drie jaar voorafgaand aan zijn benoeming, geen deel hebben uitgemaakt van het leidinggevend personeel in de zin van artikel 19, 2°, van de wet van 20 september 1948 houdende organisatie van het bedrijfsleven, van de vennootschap of van een daarmee verbonden vennootschap of persoon zoals bepaald in artikel 1:20 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen;

4) geen vergoeding of ander belangrijk voordeel van vermogensrechtelijke aard ontvangen of ontvangen hebben van de vennootschap of van een daarmee verbonden vennootschap of persoon zoals bepaald in artikel 1:20 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen, buiten de tantièmes en de vergoeding die hij eventueel ontvangt of ontvangen heeft als niet-uitvoerend lid van het bestuursorgaan of lid van het toezichthoudende orgaan;

5) a) geen maatschappelijke rechten bezitten die een tiende of meer vertegenwoordigen van het kapitaal, van het maatschappelijk fonds of van een aandelencategorie van de vennootschap;

b) indien hij maatschappelijke rechten bezit die een quotum van minder dan 10% vertegenwoordigen :

- dan mogen die maatschappelijke rechten samen met de maatschappelijke rechten die in dezelfde vennootschap worden aangehouden door vennootschappen waarover de onafhankelijk bestuurder controle heeft, geen tiende bereiken van het kapitaal, van het maatschappelijk fonds of van een aandelencategorie van de vennootschap;

of

- dan mogen de daden van beschikking over die aandelen of de uitoefening van de daaraan verbonden rechten niet onderworpen zijn aan overeenkomsten of aan eenzijdige verbintenissen die het onafhankelijk lid van het bestuursorgaan heeft aangegaan;

c) in geen geval een aandeelhouder vertegenwoordigen die onder de voorwaarden valt van dit punt;

6) geen significante zakelijke relatie hebben of in het voorbije boekjaar hebben gehad met de vennootschap of met een daarmee verbonden vennootschap of persoon zoals bepaald in artikel1:20 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen, noch rechtstreeks noch als vennoot, aandeelhouder, lid van het bestuursorgaan of lid van het leidinggevend personeel in de zin van artikel 19, 2°, van de wet van 20 september 1948 houdende organisatie van het bedrijfsleven, van een vennootschap of persoon die een dergelijke relatie onderhoudt;

7) in de voorbije drie jaar geen vennoot of werknemer zijn geweest van de huidige of vorige commissaris van de vennootschap of van een daarmee verbonden vennootschap of persoon in de zin van artikel 1:20 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen;

8) geen uitvoerend lid zijn van het bestuursorgaan van een andere vennootschap waarin een uitvoerend bestuurder van de vennootschap zetelt in de hoedanigheid van niet-uitvoerend lid van het bestuursorgaan of als lid van het toezichthoudende orgaan, en geen andere belangrijke banden hebben met uitvoerende bestuurders van de vennootschap uit hoofde van functies bij andere vennootschappen of organen;

9) geen echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of bloed- of aanverwanten tot de tweede graad hebben die in de vennootschap of in een daarmee verbonden vennootschap of persoon zoals bepaald in artikel 1:20 van het Wetboek van vennootschappen en verenigingen, een mandaat van lid van het bestuursorgaan, lid van het directiecomité, persoon belast met het dagelijks bestuur of lid van het leidinggevend personeel, in de zin van artikel 19, 2°, van de wet van 20 september 1948 houdende organisatie van het bedrijfsleven, uitoefenen, of die zich een van de andere in de punten 1° tot 8° beschreven gevallen bevinden.

Mits naar behoren gemotiveerd en behoudens tegenbericht van de Controledienst, die de gegrondheid van deze motivering verifieert, kan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand afwijken van de bovengenoemde criteria.

Artikel 46

De kandidaturen worden bij aangetekend schrijven of bij elektronische gekwalificeerde aangetekende zending aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur gericht, dit uiterlijk 15 kalenderdagen vóór de Algemene Vergadering die de Raad van Bestuur moet verkiezen, vernieuwen of vervolledigen.

De Voorzitter stelt een kandidatenlijst op na het uitbrengen van een gunstig advies over de kandidaturen door het Remuneratie- en Benoemingscomité, in toepassing van artikel 56bis.

Onverminderd het recht van de leden van de Algemene Vergadering om zich kandidaat te stellen, kan de uittredende Raad van Bestuur, aan de Algemene Vergadering, ook zijn eigen kandidatenlijst voorstellen.

De lijst van alle kandidaten die volgens de voorzitter aan de voorwaarden voldoen om in deze hoedanigheid van bestuurder verkozen te worden moet zo spoedig mogelijk aan de Controledienst overgemaakt worden. Hetzelfde geldt voor de lijst van alle kandidaten die volgens de voorzitter aan de voorwaarden voldoen om in deze hoedanigheid van onafhankelijke bestuurder verkozen te worden.

De Controledienst beschikt over een termijn van drie maanden om zich uit te spreken over de vraag of de betrokken kandidaten volgens hem beschikken over de voor de uitoefening van deze functie vereiste

professionele betrouwbaarheid en passende deskundigheid bedoeld in de wet van 13 maart 2016. Deze termijn begint te lopen vanaf het ogenblik dat de Controledienst over alle nodige documenten en informatie beschikt die ook voorzien worden voor de bestuurders van de verzekeringsondernemingen die niet onder de controle van de Controledienst vallen.

Artikel 47

De verkiezing van de Bestuurders gebeurt bij geheime stemming, behalve indien het aantal kandidaten gelijk is aan of lager dan het aantal mandaten waarin voorzien moet worden; in dit laatste geval zijn de kandidaten van rechtswege verkozen. De stemming gebeurt overeenkomstig de voorschriften van artikel 24 van deze statuten.

De stemming kan elektronisch ter plaatse of op afstand, plaatsvinden, mits aan de door de Controledienst gestelde voorwaarden is voldaan.

Bij een stemming worden alle bij de stemming betrokken kandidaten op eenzelfde kiezerslijst opgenomen. De volgorde van de kandidaten wordt bepaald door de Voorzitter. Een lijststem behoort tot de mogelijkheden.

Zijn verkozen: de kandidaten van elke omschrijving, die het grootste aantal stemmen bekomen. De stemmen bovenaan de lijst worden verdeeld, overeenkomstig wat gezegd wordt in het tweede lid van artikel 27 van deze statuten.

Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat, wordt het mandaat toegekend aan de kandidaat die het langst aangesloten is.

Van de in de 2 voorgaande alinea's vastgestelde regels wordt afgeweken indien het quotum van 25 % van hetzelfde geslacht niet wordt bereikt. In dat geval worden de personen van het ondervertegenwoordigde geslacht eerst gekozen op grond van het aantal stemmen dat zij behalen.

De verkiezing van de onafhankelijke bestuurders gebeurt op basis van een lijst van alle kandidaten die voldoen aan de voorwaarden om als zodanig te worden verkozen, alvorens over te gaan tot de verkiezing van de andere bestuurders.

Zijn ongeldig:

- andere stembiljetten dan die welke aan de leden van de Algemene Vergadering zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop meer dan één stem werd uitgebracht;
- stembiljetten waarop niet gestemd is;
- stembiljetten met schrappingen of overschrijvingen.

Onderafdeling 3: Vervanging, ontslag of afzetting van Bestuurders

Artikel 48

De vervanging van de overleden of ontslagnemende Bestuurders of van de Bestuurders die de leeftijdsgrens hebben bereikt, vindt plaats op de volgende Algemene Vergadering volgens de procedure beoogd in artikel 47 van deze statuten.

De op deze wijze verkozen Bestuurder beëindigt het mandaat van de Bestuurder die hij vervangt.

Wanneer de plaats van een bestuurder openvalt vóór het einde van zijn mandaat, kan de Raad van Bestuur een nieuwe bestuurder coöpteren, die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet en rekening houdend met artikel 20 van de wet van 6 augustus 1990 en de voorwaarden vastgelegd door de Koning en onderstaande statuten.

In dergelijk geval moet de eerstvolgende Algemene Vergadering overgaan tot de verkiezing van de bestuurder die het mandaat van de vorige bestuurder zal volbrengen.

Indien een andere bestuurder dan de gecoöpteerde bestuurder verkozen wordt, eindigt het mandaat van de gecoöpteerde bestuurder na afloop van de Algemene Vergadering.

De nieuwe bestuurder moet een profiel en competenties hebben die gelijkaardig zijn aan de bestuurder die hij vervangt.

Het verlies van de hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering, wanneer het in deze hoedanigheid is dat de Bestuurder verkozen werd, heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Raad van Bestuur tot gevolg.

De leden van de Raad van Bestuur die zonder geldige reden niet aanwezig of vertegenwoordigd zijn op drie vergaderingen, worden als ontslagnemend beschouwd.

Artikel 49

De Algemene Vergadering kan de afzetting van een Bestuurder uitspreken, volgens de procedure, bepaald door het Koninklijk Besluit van 13 juni 2010 houdende uitvoering van artikel 19, lid 4 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Dit kan enkel indien 2/3 van de leden van de Algemene Vergadering aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissing moet genomen worden met een 2/3 meerderheid van stemmen.

Onderafdeling 4: Bevoegdheden van de Raad van Bestuur

Artikel 50

De Raad van Bestuur is belast met het bestuur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en oefent alle bevoegdheden uit die door de wet of de statuten niet uitdrukkelijk toevertrouwd werden aan de Algemene Vergadering.

Hij is hiertoe bekleed met de noodzakelijke bevoegdheden om elke bestuurshandeling te stellen die de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aanbelangt en om de dienst van de voordelen zo rationeel en zuinig mogelijk in te richten.

Hij bereidt de beslissingen van de Algemene Vergadering voor en ziet toe op de uitvoering van die beslissingen.

Het is hij die het algemene beleid bepaalt (de krachtlijnen en de strategische prioriteiten), alsook de waarden van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Hij valideert in dit kader de voorstellen die hij ontvangt van het Directiecomité. Hij evalueert tevens op geregelde tijdstippen de concretisering en de uitvoering van de vastgelegde krachtlijnen en strategische prioriteiten, aan de hand van een regelmatige rapportering door het Directiecomité.

Hij bepaalt en controleert het beleid qua risicobeheer, met inbegrip van de algemene tolerantielimieten, wat betreft de risico's. Hij bepaalt en controleert het integriteitsbeleid van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Hij houdt toezicht op het Directiecomité en het management door daadwerkelijk gebruik te maken van de onderzoeksbevoegdheden waarover de Bestuurders beschikken en door gebruik te maken van de rapportering die aan hem gebeurt, in verband met de evolutie van de activiteit van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Hij neemt kennis van de belangrijke vaststellingen, gedaan door de onafhankelijke controlefuncties van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, de Commissaris en de toezichthoudende overheden, dit desgevallend via de gespecialiseerde comités, opgericht door de Raad en hij ziet erop toe dat het Directiecomité de juiste maatregelen treft om te kunnen verhelpen aan eventuele tekortkomingen. Hij draagt de eindverantwoordelijkheid voor de Interne Audit.

Hij is belast met de goedkeuring en de regelmatige beoordeling van de beheersstructuur, de organisatie, de mechanismen van de interne controle en de onafhankelijke controlefuncties van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Hij gaat op geregelde tijdstippen na of de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beschikt over een efficiënte interne controle, wat de betrouwbaarheid van het proces voor de financiële informatie betreft.

Hij keurt de charters en de beleidslijnen die nodig zijn voor de goede werking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, goed.

Artikel 51

De Raad van Bestuur kan onder zijn verantwoordelijkheid een gedeelte van zijn bestuursbevoegdheden delegeren aan de Voorzitter en/of aan één of meerdere in zijn midden aangewezen Bestuurders en/of nog aan een of meerdere comités waarvan de meerderheid van de leden, aangeduid door de Raad van Bestuur, bestuurders zijn, dit overeenkomstig de bewoordingen van artikel 62 van deze statuten.

Wanneer dat nodig is, dan kan de Raad van Bestuur gespecialiseerde raadgevende comités oprichten, die belast worden met de analyse van specifieke vragen en met het geven van advies terzake. De oprichting van dergelijke raadgevende comités mag niet tot gevolg hebben dat de rol van de Raad verwordt tot een lege doos: het zal altijd aan de Raad van Bestuur zijn om te beslissen.

Mogen echter niet gedelegeerd worden:

- het algemeen beleid van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand
- de volledige competenties van de Raad van Bestuur

- de vastlegging van de premies en bijdragen
- de rapportering over de competentie-afvaardigingen die een keer per jaar moet gebeuren
- het verslag betreffende de samenwerking met derden, zoals bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Eenmaal per jaar brengen de Voorzitter, de bestuurder of de bestuurders en de in alinea 2 bedoelde comités verslag uit aan de Raad van Bestuur over de uitvoering van deze gedelegeerde bevoegdheden. Een afschrift van dit verslag wordt eveneens binnen de door de Controledienst afgesproken termijn aan de Controledienst gestuurd, samen met de notulen van de vergadering van de Raad van Bestuur waarin de Raad van Bestuur kennis heeft genomen van dit verslag.

De raad van bestuur, de voorzitter, de bestuurders en de comités waaraan de raad van bestuur een deel van zijn bevoegdheden heeft gedelegeerd kunnen ook via een bijzonder mandaat de uitvoering van een specifieke handeling of van een serie van specifieke handelingen aan bijzondere gevolmachtigden delegeren. Deze bijzondere gevolmachtigden hoeven niet noodzakelijk bestuurders zijn. Zij mogen zich niet in een toestand van belangenconflict bevinden.

Deze gevolmachtigden verbinden de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand binnen de perken van de hun verleende volmacht waarvan de beperkingen tegenstelbaar zijn aan derden overeenkomstig de regels van toepassing inzake lastgeving.

Artikel 52

De Raad van Bestuur legt elk jaar de jaarrekening van het verstreken boekjaar en het ontwerp van begroting van het daaropvolgende boekjaar ter goedkeuring voor aan de Algemene Vergadering.

Artikel 52bis

In het kader van zijn toezichthoudende opdracht, gaat de Raad van Bestuur op geregelde tijdstippen na of de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beschikt over een adequate compliancefunctie.

Onderafdeling 5: Besprekingen van de Raad van Bestuur

Artikel 53

De Raad van Bestuur komt ten minste viermaal per jaar bijeen, alsook telkens wanneer de belangen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand dit vereisen.

De oproepingsberichten met vermelding van de agenda, worden door de Voorzitter of de Secretaris verstuurd ten minste 8 dagen vóór de vergadering.

De Raad van Bestuur kan dringend bijeenkomen op uitnodiging van de Voorzitter of op verzoek van een derde (1/3) van zijn leden. Dit verzoek wordt aan de Voorzitter gericht ten minste 10 dagen vóór de vergadering en maakt melding van de punten op de agenda.

Artikel 53 bis

§ 1. De raad van bestuur wordt in principe gehouden in aanwezigheid van de bestuurders.

Opdat een zo groot mogelijk aantal bestuurders aan de vergaderingen van de raad van bestuur kan deelnemen, kan de voorzitter daarnaast, als de raad van bestuur hem die bevoegdheid heeft gedelegeerd, de mogelijkheid voorzien:

1° om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,

2° om op afstand te stemmen vóór de vergadering.

De voorzitter waakt erover:

dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;

dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.

§ 2. In afwijking van § 1 kan de voorzitter, als de raad van bestuur hem die bevoegdheid heeft gedelegeerd, een vergadering uitsluitend via videoconferentie en/of via schriftelijke raadpleging organiseren wanneer uitzonderlijke omstandigheden of de dringende noodzaak dat vereisen.

Onder de termen “uitzonderlijke omstandigheden” moet men verstaan: “elke omstandigheid die het houden van een vergadering met fysieke aanwezigheid onmogelijk maakt of verbiedt”.

Onder de termen “dringende noodzaak” moet men verstaan: “elke situatie die vereist dat er snel wordt gehandeld om schade te vermijden of om de termijn waarin een beslissing moet worden genomen te respecteren”.

§ 3. De bijeenroepingstermijnen, het voorziene quorum en de vereiste meerderheid, die zijn voorzien door de wet van 6 augustus 1990 of door deze statuten opdat de beraadslaging van de raad van bestuur geldig zou zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in §§ 1 en 2.

Wat het quorum betreft dat moet worden bereikt, worden de bestuurders die via videoconferentie aan de raad van bestuur deelnemen of die hun stem in het kader van een schriftelijke raadpleging hebben meegedeeld of die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In een dergelijk geval kunnen de bestuurders uiteraard geen aanspraak maken op een tussenkomst voor verplaatsingskosten.

De statutaire bepalingen over de mogelijkheid om een volmacht te geven zijn ook van toepassing wanneer de vergadering via videoconferentie wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de bestuurders die via videoconferentie aan de vergadering deelnemen in toepassing van § 1. De volmachten zijn daarentegen niet toegelaten wanneer de vergadering via schriftelijke raadpleging wordt georganiseerd.

§ 4. De bijeenroeping van de vergadering van de raad van bestuur vermeldt de wijze waarop de vergadering zal verlopen en in voorkomend geval de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze.

Ze vermeldt in voorkomend geval een heldere en nauwkeurige beschrijving van de procedures met betrekking tot de deelname op afstand of per schriftelijke raadpleging, de mogelijkheid om zijn stem uit te brengen vóór de vergadering en of het mogelijk is om een volmacht te geven aan een andere bestuurder.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconferentie wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de bestuurders in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de raad van bestuur en om hun stemrecht uit te oefenen met betrekking tot alle punten waarover de raad van bestuur zich dient uit te spreken. Het elektronische communicatiemiddel moet de bestuurders bovendien in staat stellen om deel te nemen aan de beraadslagingen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer er wordt overgegaan tot een schriftelijke raadpleging:

bevat de bijeenroeping de dagorde van de vergadering, de redenen voor het houden van de vergadering via schriftelijke raadpleging, de nodige informatie om de uitwisseling van vragen mogelijk te maken en een stembiljet met de vermeldingen ‘ja’, ‘neen’ of ‘onthouding’;

vermeldt de bijeenroeping de termijn waarbinnen de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of het elektronische adres waarnaar de stembiljetten moeten worden verstuurd;

zal de bijeenroeping ook de termijn vermelden waarbinnen vragen schriftelijk kunnen worden gesteld; de voorzitter waakt erover dat de antwoorden op de gestelde vragen ter beschikking worden gesteld van alle bestuurders zodat de bestuurders er rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun al uitgebrachte stem kunnen wijzigen in functie van die vragen en antwoorden.

Wanneer er wordt overgegaan tot een schriftelijke raadpleging via de post, bewijst de datum van de afstempeling of de stem binnen de vereiste termijn werd uitgebracht. Om te worden meegeteld, moet de stem niettemin ontvangen werden binnen de 3 werkdagen na het einde van voormelde termijn.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die werden gesteld en de opmerkingen die werden gemaakt, de antwoorden die erop werden gegeven, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die werden genomen, alsook:

1° het aantal aanwezige bestuurders;

2° in voorkomend geval, het aantal bestuurders die een volmacht hebben gegeven;

3° het aantal bestuurders die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;

4° de wijze waarop de vergadering is verlopen en in voorkomend geval de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze;

5° de eventuele technische problemen en incidenten die de deelname langs elektronische weg aan de vergadering of aan de stemming hebben belet of verstoord;

6° het aantal bestuurders die per videoconferentie aan de vergadering hebben deelgenomen en het aantal bestuurders die fysiek aan de vergadering hebben deelgenomen;

7° in voorkomend geval, het aantal bestuurders die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering.

In de notulen of op de aanwezigheidslijst zal bovendien de volgende informatie vermeld moeten worden:

1° de identiteit van de aanwezige bestuurders,

2° de identiteit van de bestuurders die een volmacht hebben gegeven en aan wie,

3° de identiteit van de bestuurders die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;

4° in voorkomend geval, de identiteit van de bestuurders naargelang de wijze van deelname aan de vergadering (fysiek, videoconferentie of schriftelijke raadpleging).

Artikel 54

De Raad van Bestuur kan slechts geldig vergaderen, indien de helft van zijn leden aanwezig of vertegenwoordigd is.

Indien een effectief lid in de onmogelijkheid verkeert om een zitting van de Raad van Bestuur bij te wonen, dan kan hij, zelfs bij gewone brief, fax of e-mail, volmacht geven aan een andere Bestuurder om hem te vertegenwoordigen en in zijn plaats te stemmen. Elke Bestuurder kan evenwel slechts houder zijn van één enkele volmacht.

Artikel 55

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden bij meerderheid van stemmen genomen.

Iedere beslissing moet goedgekeurd worden door de meerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde afdelingen, om op geldige wijze aanvaard te kunnen worden.

Wanneer gebruik wordt gemaakt van de delegering van de bevoegdheid van de Algemene Vergadering of van de Raad van Bestuur voor de aanpassing van de premies, dan zullen de regels voor de geldigheid van de stemming, de regels zijn die gelden wanneer er beslissingen genomen worden over wijzigingen van de statuten.

De leden van de Raad van Bestuur nemen geen deel aan de besprekingen over zaken waarbij zijzelf of familieleden tot de vierde graad inbegrepen, rechtstreeks betrokken zijn.

Wanneer de Raad van Bestuur of een comité een beslissing moet nemen die onder zijn bevoegdheid valt en waarbij een bestuurder rechtstreeks of onrechtstreeks een belang van patrimoniale aard heeft dat strijdig is met het belang van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, moet deze bestuurder dit aan de andere bestuurders meedelen voordat de Raad van Bestuur of het comité een beslissing neemt. Zijn verklaring en de uitleg over de aard van dit strijdig belang moeten worden opgenomen in de notulen van de vergadering van de Raad van Bestuur of van het comité dat deze beslissing moet nemen.

De Raad van Bestuur of het comité vermeldt in de notulen de aard van het in de vorige alinea bedoelde besluit en de financiële gevolgen ervan voor de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, en motiveert het genomen besluit. Dit gedeelte van de notulen wordt integraal opgenomen in het jaarverslag of in een document dat samen met de jaarrekening wordt neergelegd.

De notulen van de vergadering worden aan de revisor meegedeeld.

In zijn verslag als bedoeld in artikel 57 van de wet van 6 augustus 1990 evalueert de revisor in een afzonderlijk onderdeel de patrimoniale gevolgen voor de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van de beslissingen van de Raad van Bestuur of van het Comité waarvoor een tegenstrijdig belang bestaat als bedoeld in paragraaf 5.

Een bestuurder met een belangenconflict als bedoeld in alinea 5 mag niet deelnemen aan de beraadslagingen van de Raad van Bestuur of het comité over deze beslissingen, noch aan de stemming over dit punt. Indien de meerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde bestuurders een belangenconflict heeft, wordt de beslissing voorgelegd aan de Algemene Vergadering. Indien het besluit door de Algemene Vergadering wordt goedgekeurd, kan de Raad van Bestuur of het Comité het ten uitvoer leggen.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan de nietigheid vragen van besluiten die in strijd met de in dit artikel vastgestelde regels zijn genomen, indien de andere partij bij deze besluiten van deze schending op de hoogte was of had moeten zijn.

De Raad van Bestuur kan enkel beslissingen nemen over de punten die voorkomen op de agenda. Elk lid van de Raad kan bij motie van orde interveniëren in de loop van de vergaderingen, maar dit punt zal opnieuw op de agenda van de volgende Raad van Bestuur moeten worden opgenomen, zelfs indien er reeds een beslissing zou vallen over deze motie.

Artikel 56

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden opgetekend in processen verbaal die aan de leden van de Raad van Bestuur gericht worden.

Deze processen verbaal worden ondertekend door de Voorzitter en de Secretaris in de zetel van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Artikel 56bis

In de Raad van Bestuur, wordt een Bezoldigings- en Benoemingscomité opgericht, dat bestaat uit de Voorzitter, de twee Ondervoorzitters en de Voorzitter van het Audit- en Risicocomité. De Directeur-generaal kan uitgenodigd worden op de vergaderingen van dit Comité.

Als Bezoldigingscomité heeft dit comité als opdracht om de positie te bepalen van de loonstructuur van het personeel van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, op basis van de analyse die gemaakt wordt door een extern kabinet voor remuneratieadvies. Het ziet toe op de bezoldigingen die toegekend worden aan de verantwoordelijken met een onafhankelijke controlefunctie.

Het Bezoldigingscomité is tevens bevoegd voor het voorstel van de vergoedingen en de terugbetaling van onkosten, toegekend aan de leden van de bestuursorganen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Als Benoemingscomité, moet het erop toezien dat alle vereiste competenties, noodzakelijk voor de goede werking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aanwezig zijn. Het heeft in dit kader ook als opdracht om een advies te formuleren in verband met de benoemingen van de leden van de effectieve leiding, van de Bestuurders, alsook van de titularissen van onafhankelijke functies, dit op basis van de principes, vermeld in de circulaire NBB_2018_25 van 18 september 2018 van de Nationale Bank.

Afdeling 3 - De Voorzitter, de Ondervoorzitters, de Directeur-generaal, de Penningmeester en de Secretaris van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

Artikel 57

De Voorzitter wordt door de Raad van Bestuur uit zijn midden verkozen.

De Voorzitter is belast met de leiding en de leiding van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur. De Voorzitter heeft geen stemrecht tijdens de vergaderingen van de Raad van Bestuur. Hij waakt over de uitvoering van de beslissingen die genomen worden door de officiële instanties en op de naleving van de statutaire en reglementaire voorschriften. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand wordt in alle officiële akten en overeenkomsten vertegenwoordigd door de Voorzitter, de Directeur-Generaal of de Secretaris. Mits een uitdrukkelijk mandaat verleend door de Raad van Bestuur, treedt de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand op in rechte en is zij in rechte vertegenwoordigd, zowel in de hoedanigheid van eiser als in deze van verweerder, hetzij door de Voorzitter, hetzij door de Secretaris, hetzij door iedere andere persoon die hiertoe aangewezen zou worden door de Raad van Bestuur.

De Voorzitter kan nochtans een algemene of bijzondere volmacht geven aan een andere Bestuurder of aan een lid van het administratief personeel om de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand te vertegenwoordigen bij de Besturen.

Artikel 58

Een Eerste Ondervoorzitter staat de Voorzitter bij en vervangt hem, in geval van afwezigheid of als hij verhinderd is.

Artikel 59

De Penningmeester is verantwoordelijk voor de financiële verrichtingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, voor de opmaak van de samenvattende documenten over ontvangsten en uitgaven en voor het bijhouden van de verplichte boeken.

Op iedere jaarlijkse Algemene Vergadering, brengt hij verslag uit over de financiële toestand van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Artikel 60

De Secretaris is verantwoordelijk voor de redactie van de processen verbaal, van de briefwisseling, van de oproepingen aan de Algemene Vergadering, de Raad van Bestuur en voor het Secretariaat.

Artikel 60bis

De Directeur-generaal, die benoemd wordt door de Raad van Bestuur, wordt belast met het dagelijks beheer van de diensten van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in het door de Raad van Bestuur uitgestippelde kader.

Het dagelijks beheer omvat zowel de handelingen en beslissingen die de dagelijkse behoeften van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand niet overstijgen als de handelingen en beslissingen die, hetzij wegens het geringe belang dat zij vertegenwoordigen, hetzij wegens hun spoedeisend karakter, de tussenkomst van een met administratieve bevoegdheden bekleed orgaan niet rechtvaardigen.

Hij is bevoegd voor de ondertekening van alle overeenkomsten die in naam van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand gesloten worden. In geval van afwezigheid van de Directeur-generaal, wordt de bevoegdheid om de overeenkomst te ondertekenen gedelegeerd aan de Secretaris of aan de Operationeel directeur, op voorwaarde dat de Algemene Vergadering deze laatste verkozen heeft als bestuurder.

Hij is daarenboven belast met het vervullen van alle vereiste formaliteiten bij het bestuur der posterijen, wat de documenten betreft die bedoeld zijn voor de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Hij kan terzake zijn bevoegdheden evenwel delegeren aan iedere andere persoon aan wie hij volmacht verleent.

Voor zover hij verkozen wordt als Bestuurder door de Algemene Vergadering, is de Directeur-generaal lid van de Raad van Bestuur.

Hij beschikt over de mogelijkheid om, via een bijzonder mandaat, de uitvoering van een specifieke handeling van dagelijks bestuur of van een serie van specifieke handelingen van dagelijks bestuur aan bijzondere gevolmachtigden te delegeren. Deze bijzondere gevolmachtigden hoeven niet noodzakelijk bestuurders zijn. Zij mogen zich hoe dan ook niet in een toestand van belangenconflict bevinden.

Artikel 61

De niet in artikel 42 beoogde Bestuurders dragen bij tot een goed verloop van de vergaderingen en zijn belast met het toezicht op de stemverrichtingen.

Afdeling 4 - Het Directiecomité

Onderafdeling 1: Samenstelling van het Directiecomité

Artikel 62

Met uitzondering van de bevoegdheden die de wet of deze statuten strikt voorbehouden aan de Raad van Bestuur, kan de Raad van Bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, het dagelijkse beheer overdragen aan een Directiecomité. De leden van het Directiecomité worden aangeduid door de Raad van Bestuur. Ten minste 3 leden van het Directiecomité moeten lid zijn van de Raad van Bestuur.

De Directeur-generaal, de Secretaris en de Operationeel Directeur zijn lid van het Directiecomité. Idem voor iedere andere persoon aan wie de Raad van Bestuur bevoegdheden zou delegeren qua dagelijks bestuur. De Directeur-generaal zit de vergaderingen van het Directiecomité voor.

Opdat alle vereiste competenties aanwezig zouden zijn tijdens de vergaderingen van het Directiecomité, wordt bepaald dat deze laatste zich mag laten vergezellen door experten in de voornaamste materies. Zij zullen de vergadering bijwonen met raadgevende stem.

De Bestuurders die geen lid zijn van het Directiecomité, kunnen en mogen niet belast worden met een effectieve leidinggevende functie binnen de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Het aantal Bestuurders, dat deel uitmaakt van het Directiecomité, mag niet lager zijn dan 3 of mag niet de meerderheid uitmaken van de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur kan uit zijn midden ook één of meer Bestuurders kiezen die een mandaat krijgen voor de vervulling van welbepaalde operaties, die tot de afhandeling van de lopende zaken behoren, dit met gebruik van de tekenbevoegdheid die bij dit beheer behoort.

De Raad van Bestuur vertrouwt de directe verantwoordelijkheid voor de organisatie van de interne controle toe aan het Directiecomité.

Onderafdeling 2: Bevoegdheden van het Directiecomité

Artikel 62bis

Overeenkomstig artikel 62 van deze statuten, wordt het Directiecomité belast met het dagelijkse beheer van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Het is dan ook het Directiecomité dat de effectieve leiding verzekert van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

De voornaamste opdrachten van het Directiecomité zijn:

- het formuleren van voorstellen en adviezen aan de Raad van Bestuur, met het oog op de bepaling van het algemene beleid en de strategie van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en de mededeling van alle relevante informatie en gegevens om aan de Raad de mogelijkheid te bieden om beslissingen te nemen met kennis van zaken. Het is dus het Directiecomité dat bevoegd is voor de uitwerking van de strategische krachtlijnen en voor het voorstellen van de desbetreffende budgetten aan de Raad van Bestuur;
- de concretisering van het algemene beleid en de strategische krachtlijnen, goedgekeurd door de Raad van Bestuur in het kader van de begroting, bepaald door deze laatste.

  Het Comité zal op geregelde tijdstippen verslag uitbrengen bij de Raad van Bestuur over de concretisering van de strategische prioriteiten en de problemen waarmee men eventueel geconfronteerd wordt. Als vertegenwoordigers van de verschillende entiteiten die samen de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand vormen, zijn de leden van het Comité solidair verantwoordelijk voor de gemeenschappelijke doelstellingen die vertaald zullen moeten worden in de doelstellingen van elke entiteit;
- het voorleggen aan de Raad van Bestuur bij het begin van het dienstjaar, van de jaarlijkse doelstellingen, de verhoopte resultaten en de evaluatie, na realisatie;
- meer algemeen, de uitvoering van de beslissingen, getroffen door de Raad van Bestuur;
- onverminderd de controle, uitgeoefend door de Raad van Bestuur, moet het Directiecomité erop toezien dat het management de organisatie, de oriëntatie en de evaluatie verzekert van de mechanismen en de interne controleprocedures, met inbegrip van de onafhankelijke controlefuncties;
- het toezicht op de vraag of het management beschikt over een intern controlesysteem waarmee met een redelijke zekerheid de betrouwbaarheid kan worden nagegaan van de interne rapportering, alsook van het communicatieproces voor de financiële informatie, dit om er zeker van te zijn dat die jaarrekeningen in overeenstemming zijn met de geldende boekhoudkundige reglementering;
- verslag uitbrengen bij de Raad van Bestuur over de financiële toestand van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en over alle aspecten die noodzakelijk zijn om zijn taken correct te vervullen. In dit kader, de goedkeuring van de voorgestelde rekeningen en de begrotingen die eerst voorgelegd zullen worden aan de Raad van Bestuur en vervolgens aan de Algemene Vergadering;
- het Directiecomité kan tevens alle andere taken op zich nemen, die hem uitdrukkelijk toevertrouwd worden door de Raad van Bestuur.

In het kader van zijn opdracht en van de invoering en de (op zijn minst) jaarlijkse evaluatie van een aangepaste interne controle, neemt het Directiecomité de nodige maatregelen opdat de onderneming permanent zou kunnen beschikken over een adequate 'compliance ‘functie.

Het Directiecomité verstrekt, ten minste éénmaal per jaar, informatie aan de Raad van Bestuur over de toestand inzake 'compliance' (dit kan eventueel gebeuren door toedoen van het Audit- en Risicocomité).

Het Directiecomité neemt de vereiste interne controlemaatregelen, opdat alle diensten en alle vestigingen van de onderneming zouden beschikken over functiebeschrijvingen en duidelijke en ondubbelzinnige verantwoordelijkheden in het domein van de integriteit van het beroep van verzekeraar. Een cel 'compliance' wordt belast met een coördinerende rol en moet terzake initiatieven ontplooien. Het Directiecomité gaat na of het nodig is om bijkomende taken toe te vertrouwen aan de cel 'compliance', naargelang haar grootte en organisatie.

Afdeling 5 - Het Auditcomité en het Comité voor het Risicobeheer

Artikel 62ter

Overeenkomstig de reglementering, wordt in de Raad van Bestuur een Audit- en Risicocomité opgericht, samengesteld uit ten minste drie niet-uitvoerende bestuurders, waarvan ten minste één lid, een lid is dat onafhankelijk is van de Raad van Bestuur in de zin van de wet van 13 maart 2016 én bevoegd is inzake boekhouding/of audit.

Het merendeel van de leden van het Audit- en Risicocomité is onafhankelijk in de zin van de wet van 13 maart 2016.

Het voorzitterschap van het Audit- en Risicocomité zal voorbehouden zijn voor een onafhankelijke bestuurder die benoemd wordt door de leden van het Comité.

Als Auditcomité, is het meer bepaald belast met de volgende opdrachten:

- de opvolging van het proces voor de opmaak van de financiële informatie;
- de opvolging van de doeltreffendheid van de systemen voor de interne controle en het beheer van de verzekeringsonderneming;
- de opvolging van de interne audit en van zijn activiteiten;
- de opvolging van de wettelijke controle van de jaarrekeningen, met inbegrip van de opvolging van de vragen en aanbevelingen, geformuleerd door de erkende commissaris;
- het onderzoek en de opvolging van de onafhankelijkheid van de erkende commissaris, zeker wat de levering betreft van bijkomende diensten aan de verzekeringsonderneming of aan een persoon, met wie zij nauwe banden heeft.

Als Comité voor het Risicobeheer geeft het Comité advies aan de Raad van Bestuur voor de aspecten betreffende de strategie en het tolerantieniveau voor zowel de bestaande als de toekomstige risico's.

Het Audit- en Risicocomité brengt op geregelde tijdstippen verslag uit bij de Raad van Bestuur over de uitoefening van zijn opdrachten.

Hoofdstuk IV – De voordelen toegekend door de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand biedt vijftien soorten van dekkingen aan: Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus en de Waarborg 'Zware Ziektes' die bijkomend is bij Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus, Hospitalia Ambulant, het Forfait H, Hospitalia Continuïteit, Dentalia Plus, Medicalia, Dentalia Up, Dagvergoedingen OZ, Dagvergoedingen Xerius, Comfort/Comfort+, Income Two die hierna beschreven worden in de afdelingen 1, 2, 2Bis, 3, 4, 5, 6, 6bis, 6ter, 7, 8, 9 en 10.

De Waarborg 'Zware Ziektes' is een aanvulling bij de dekking Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus waarbij vóór de leeftijd van 66 jaar aangesloten kan worden. Daarom is de aansluiting bij de Waarborg 'Zware Ziektes' afhankelijk van een aansluiting bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus.

Artikel 63: Definities

1° Ziekenhuisopname

Dient als een ziekenhuisopname beschouwd, elk verblijf dat ten minste één nacht omvat in een ziekenhuis, d.w.z. in een als dusdanig door het Ministerie van Volksgezondheid erkende instelling, waar wetenschappelijk gegronde diagnose- en therapiemiddelen aangewend worden, dit in één van de volgende diensten (classificatie van het Ministerie van Volksgezondheid), voor zover de gezondheidstoestand van de verzekerde dit verblijf in een dergelijke dienst rechtvaardigt:

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 (in een algemeen ziekenhuis of in een bevallingskliniek)
27	N	Dienst voor intensieve neonatale verzorging
29		Eenheid voor behandeling van zware brandwonden
30	G	Dienst voor geriatrie en revalidatie
34	K	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
35	K1	Dagverpleging in dienst K
36	K2	Nachtverpleging in dienst K
37	A	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
38	A1	Dagverpleging in dienst A
39	A2	Nachtverpleging in dienst A
41	T	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
42	T1	Dagverpleging in dienst T
43	T2	Nachtverpleging in dienst T
48	IB	Dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten
49	I	Dienst voor intensieve verzorging
61 tot 66	Sp	Gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie voor patiënten met:
	61	Cardio-pulmonaire aandoeningen

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

2° Nomenclatuur

Onder nomenclatuur, dient men de nomenclatuur te verstaan van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering (Koninklijk Besluit van 14 september 1984, tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen).

3° De verstrekkingen van verzorging

Met de bewoordingen 'verstrekkingen van verzorging' wordt verwezen naar de verstrekkingen, zoals deze beschreven staan in bovenvermelde nomenclatuur.

4° Verblijfskosten

Onder verblijfskosten moet worden verstaan: de persoonlijke aandelen van de patiënt in de verpleegdagprijs, de kamersupplementen, alsook de begeleidingskosten die in het kader van artikel 74, 8° en van artikel 80, 8, aangerekend worden aan de ouders die hun gehospitaliseerd kind begeleiden alsook de verblijfskosten die in het kader van artikel 80quater aan de verzekerde die in een opvangtehuis van een ziekenhuis of in een verzorgingshotel verbleef, worden gefactureerd. Idem voor de verblijfskosten van de donor die vrijwillig een orgaan afstaat, als die gift medisch noodzakelijk is, dit tijdens de ziekenhuisopname van de ontvanger.

5° Persoonlijk aandeel

Onder 'persoonlijk aandeel' moet worden verstaan, de bedragen die ten laste van de patiënt blijven na terugbetaling door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen van een gedeelte van het wettelijk honorarium voor alle verstrekkingen voorzien in de nomenclatuur.

6° Supplement

Onder 'supplement' moet worden verstaan, de bedragen die ten laste van de patiënt blijven, bovenop het bedrag van het wettelijke honorarium.

7° Farmaceutische producten

Onder farmaceutische producten, moet verstaan worden:

- iedere farmaceutische specialiteit geregistreerd bij het Ministerie van Volksgezondheid krachtens artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 en het Koninklijk Besluit van 3 juli 1969;
- 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.

8° 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.

De bepalingen van de Nationale Overeenkomst tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen, van kracht op de datum van de verstrekking, zullen worden toegepast. MLOZ Insurance gaat ervan uit dat de ziekenhuisfactuur de correcte toepassing van de Overeenkomst weergeeft.

9° Heelkundige ingreep

Onder heelkundige ingreep, verstaat men de heelkundige verstrekkingen van de nomenclatuur en deze die uitdrukkelijk gelijkgesteld worden met deze verstrekkingen, krachtens de bepalingen van bovenvermelde nomenclatuur.

10° Implantaten en medische hulpmiddelen

Onder implantaten en medische hulpmiddelen, dient men het volgende te verstaan:

- de implantaten bepaald door de lijst met verstrekkingen betreffende implantaten en de toepasselijke regels gepubliceerd door het RIZIV, zoals voorzien in het Koninklijk Besluit van 25 juni 2014 en door de Verordening (EU) 2017/745;
- de medische hulpmiddelen bepaald in artikel 34, van de wet van 14 juli 1994, met uitzondering van diegene beoogd in punt 1°, e);
- de afleveringsmarge;
- de veiligheidsmarge.

11° Andere leveringen

Het betreft hier producten, zoals bloed, bloedplasma, bloedderivaten, gispverbanden en ander materiaal voor gipsen, radio-isotopen, moedermelk en desinfecterende baden, opgenomen in rubriek 5 van de patiëntenfactuur zoals bepaald in bijlage 37, en in rubriek 3 van de patiëntenfactuur zoals bepaald in bijlage 37bis van het reglement van 1 februari 2016, dewelke het reglement van 28 juli 2003 betreffende de uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wijzigt.

12° Patiëntenfactuur, honorariumnota en factuur voor ambulante verzorging in het ziekenhuis

Onder patiëntenfactuur, honorariumnota en factuur voor ambulante verzorging in het ziekenhuis, dient men de stukken te verstaan zoals deze respectievelijk bepaald zijn in bijlage 37, in bijlage 38 en 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.

13° Hospitalisatiegeval

Onder hospitalisatiegeval, dient men het verblijf van een patiënt te verstaan, dat begrepen is tussen de datum van de opname in een verplegingsinrichting en de datum waarop de betrokkene deze zelfde inrichting verlaat.

14° Ambulante verzorging

Onder ambulante verzorging, dient men de verzorging te verstaan, die toegediend wordt buiten een ziekenhuisopname, zoals gedefinieerd in artikel 63, 1° en buiten een daghospitalisatie, zoals bepaald in artikel 63, 8°.

15° Kwitantie

Onder kwitantie, dient men het document te verstaan dat door het ziekenfonds gebruikt wordt in het kader van de financiële regeling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering aan de verzekerde die verstrekkingen heeft moeten betalen buiten het kader van de derde betaler.

16° Forfaitair bedrag

Onder forfaitair bedrag, verstaat men een vast bedrag dat aan de verzekerde betaald wordt, los van de in werkelijkheid door hem gedragen kostprijs.

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 art. 29 §1, A (behalve herstel en onderhoud), B (hoofdgroepen I, II, III, IV, VI, VIII, XII) en C (alle hoofdgroepen behalve XVI).

18° Kraamzorg

Onder kraamzorg verstaat men de zorgen en diensten verstrekt aan de parturiente ten einde haar terugkeer naar huis en de tenlasteneming van de huishoudelijke taken mogelijk te maken.

19° Afrekening van de groepsverzekering voor de hospitalisatie van de werkgever

Onder afrekening van de groepsverzekering voor de hospitalisatie van de werkgever, verstaat men het document dat door de groepsverzekering van de werkgever gebruikt wordt in het kader van de financiële vereffening van de ziekenhuisfactuur van de klant.

20° Vooraf bestaande aandoening, ziekte of toestand

Onder vooraf bestaande aandoening, ziekte of toestand, verstaat men een ziekte, aandoening of gezondheidstoestand (zoals zwangerschap), die bestaat op het ogenblik van de aansluiting bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand of op het ogenblik van de overgang van het ene product naar het andere binnen de Maatschappij, en die een ziekenhuisopname veroorzaakt.

21° Onder tandprotheses en tandimplantaten

verstaat men al wat door de reglementering erkend wordt in het kader van de tandverzorging.

22° Onder tandverzorging

verstaat men alle verstrekkingen, vermeld in het Koninklijk Besluit van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening van de tandheelkunde of in het Koninklijk Besluit van 9 november 1951 ter aanvulling van het Koninklijk Besluit van 1 juni 1934 houdende reglement der beoefening der tandheelkunde.

23° Onder ongeval

verstaat men elke plotse gebeurtenis die zich voordoet buiten de wil van de verzekerde en die aanleiding geeft tot een lichamelijk letsel, waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de betrokkene valt. Dit ongeval moet aanleiding gegeven hebben tot traumatische letsels, waarvan de behandeling van dien aard is dat zij gedekt wordt door deze bepalingen.

De tegemoetkoming is ondergeschikt aan het gunstige advies van de Medisch Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

24° Onder preventief gedrag

verstaat men het feit dat er één verstrekking voor tandzorg terugbetaald werd in het kalenderjaar, voorafgaand aan elke nieuwe terugbetalingsaanvraag voor curatieve tandverzorging, parodontologie, tandprotheses en tandimplantaten.

25° Onder kleine mondchirurgie

verstaat men de verstrekkingen van artikel 14, l) van de bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes gevolgd worden door het teken '+'.

26° Modellering

Onder modellering verstaat men: elk digitaal of laboratoriumwerk dat het verloop of het resultaat van een behandeling simuleert.

27° Buitensporige of discriminerende honoraria

De buitensporige honoraria worden als dusdanig bestempeld door de honoraria die door een tandarts aan een verzekerde aangerekend worden te vergelijken met:

- het overeenkomstentarief (van toepassing op het ogenblik van de prestatiedatum) voor de terugbetaalbare verstrekkingen; of
- het sectorale referentietarief voor de niet-terugbetaalbare verstrekkingen ; of
- het tarief voorzien in de bijlage van het Koninklijk Besluit van 1 oktober 2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder tandprotheses ingevolge de letsels opgelopen bij een arbeidsongeval worden vergoed, jaarlijks geïndexeerd op 1 januari.

Onder discriminerende honoraria verstaat men het feit dat de door een tandarts aangerekende honoraria variëren naargelang zijn patiënt al dan niet een tandzorgverzekering heeft gesloten en/of bij welke verzekeraar een dergelijke verzekering werd gesloten.

28° Aansluitingsjaar

Onder aansluitingsjaar verstaat men : een periode van twaalf maanden volgend op de verjaardag van de aansluitingsdatum. Het eerste aansluitingsjaar start op de begindatum van de aansluiting.

29° Verzekeringsnemer

Onder verzekeringnemer verstaat men de persoon die aansluit bij de verzekering voor zichzelf en/of ten gunste van verzekerden, en die de premie moet betalen.

30° Verzekerde

Onder verzekerde verstaat men de persoon op wie het risico van het verzekerde voorval rusten de begunstigde is van het verzekeringscontract.

Artikel 64: Opening van het recht op de tegemoetkoming

Om aanspraak te kunnen maken op de tegemoetkoming, moet de verzekerde:

a) in orde zijn met de premies;

b) de vastgestelde wachttijd vervuld hebben voor de betrokken verzekering.

1° In orde zijn met de premies

Om de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand te bekomen voor een periode van ziekenhuisopname, ambulante verzorging of tandverzorging, dienen de premies met betrekking tot deze periode en de bijdragen die lopen vanaf de aansluiting tot deze periode in ontvangst te zijn genomen, overeenkomstig de artikels 6, 8 en 9.

2° Wachttijd

1) Algemene voorwaarde

Onverminderd de toepassing van artikel 64, 2°, 5, wordt een wachttijd van 6 maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum, zoals beschreven in artikel 6, geëist voor de toekenning van de tegemoetkomingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en dit voor elke dekking.

Ook zal 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.

De wachttijd wordt opgetrokken tot 12 maanden in het kader van de verzekering Dentalia Plus voor de terugbetaling van tandprotheses, tandimplantaten en orthodontische verstrekkingen. In het kader van de verzekering Dentalia Up wordt de wachttijd opgetrokken tot 12 maanden voor de terugbetaling van tandprotheses, tandimplantaten, orthodontische behandelingen alsook voor verstrekkingen parodontologie, met uitzondering van preventieve tandverzorging waarvoor er geen wachttijd is. De wachttijd wordt eveneens opgetrokken tot 12 maanden in het kader van de verzekering Medicalia voor de tegemoetkoming van het geboorteforfait.

De wachttijd is een periode tijdens dewelke de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand geen kosten kan of mag dekken. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verleent geen tegemoetkoming voor een ziekenhuisopname, voor ambulante verzorging, of voor tandbehandeling of -tandverzorging met een aanvangsdatum die tijdens de wachttijd valt.

2) Afwijking op de wachttijd

Voor zover één van de ouders verzekerd is bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, valt de pasgeborene of het adoptiekind jonger dan 3 jaar, vanaf zijn geboorte of vanaf zijn adoptie, en zonder medische vragenlijst, onder de dekking, mits indiening van een kopie van de geboorteakte of adoptieakte vóór het einde van de derde maand na zijn geboorte of zijn adoptie en mits betaling van de eerste premie op uiterlijk de laatste dag van de 6e 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 de adoptie.

Deze bepaling is niet meer van toepassing op Dentalia Plus vanaf 01/07/2023.

In afwijking van deze regel, moeten de pasgeborenen en adoptiekinderen die personen ten laste zijn van een persoon die zich aangesloten heeft bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand na het verlies van de hoedanigheid van lid van een ziekenfonds dat niet erkend is als afdeling, beoogd in artikel 4, dezelfde wachttijd vervullen als deze persoon, overeenkomstig deze statuten.

3) Schorsing in geval van gevangenschap

In geval van gevangenschap en op verzoek van de verzekerde, kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden.
Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekerde om een einde te maken aan deze schorsingsperiode, 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 de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. Betaalt hij deze premie niet tijdig, dan zijn de bepalingen van artikel 9 van toepassing.

4) Afwijking op de wachttijd in geval van ongeval

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent een tegemoetkoming toe voor elke verstrekking voortvloeiend uit een ongeval dat geleid heeft tot traumatische letsels, waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van de artikels 66, 67 en 67bis, 74 tot 78, 80 tot 84, Afdeling 2Bis, artikels 87 tot 91, 94 tot 95, 96, 96bis tot 96quater en 96sexies op voorwaarde dat het ongeval na de aansluitingsdatum valt, krachtens de bepalingen opgenomen in artikel 6.

5) Overgang van de ene dekking naar de andere

De verzekerde waarvan de overgang van de ene dekking naar de andere aanvaard wordt, zal al dan niet opnieuw een wachttijd moeten vervullen, overeenkomstig artikel 6, 9°, 10° en 11°, 12° en 13° en 14° en 15°.

6) Afwijking voor de wachttijd ten gunste van de nieuwe verzekerden die eerder al gedekt waren door een gelijkaardige ambulante of hospitalisatieverzekering

Men zal mogen afwijken van de wachttijd van 6 of 12 maanden, die opgenomen is in punt 1, ten gunste van de nieuwe verzekerden die op basis van afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand gedekt waren, al naargelang het geval, door een gelijkaardige verzekering ambulante verzorging voor Hospitalia Ambulant, en de Waarborg 'Zware Ziektes' voor de aanvulling bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, of 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 hospitalisatiefactuur voor Hospitalia of Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, of door een bijkomende hospitalisatieverzekering van het type Hospitalia Continuïteit voor Hospitalia Continuïteit, of nog door een verzekering die een gelijkaardige forfaitaire tegemoetkoming toekent voor het Forfait H.

Als de nieuwe verzekerde van Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus tot zijn aansluitingsdatum al gedekt was door een hospitalisatieverzekering die vergelijkbaar is met het Forfait H, dan kan hij, tijdens zijn wachttijd van 6 maanden voor het product Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus waarbij hij aangesloten is, de dekking van het Forfait H genieten, voor zover de wachttijd bij de oude mutualistische entiteit volledig vervuld is.

Als die wachttijd slechts gedeeltelijk vervuld was, zal de nieuwe verzekerde een wachttijd moeten vervullen die overeenstemt met de ontbrekende maanden, om de volledige wachttijd van 6 maanden vol te maken. Na die periode zal hij wel de dekking Forfait H kunnen genieten.

De afwijking zal volledig zijn, voor zover de aansluitingsperiode bij de betrokken verzekering op zijn minst gelijk was aan de wachttijd die de betrokkene normaliter had moeten vervullen in het kader van deze statuten.

Mocht deze aansluitingsperiode korter zijn dan de duur van de wachttijd, dan zal de nieuwe verzekerde een wachttijd moeten presteren die overeenstemt met het aantal ontbrekende maanden, om de totale wachttijd van 6 maanden vol te maken.

7) Afwijking op de wachttijd ten gunste van nieuwe verzekerden die voorheen gedekt waren door een gelijkaardige verzekering voor tandverzorging

Van de wachttijden van 6 of 12 maanden, bepaald in artikel 64, 2°, 1) kan afgeweken worden ten gunste van nieuwe verzekerden die met afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat ze tot de datum van hun aansluiting al meer dan 12 maand verzekerd waren bij een gelijkaardige verzekering voor tandverzorging.

De afwijking zal volledig zijn voor zover de aansluitingsperiode bij de betrokken verzekering op zijn minst gelijk was aan de periode van de wachttijd, die normaliter vervuld had moeten worden in het kader van artikel 64, 2°, 1).

Als die aansluitingsperiode korter is dan de wachttijd, dan zal de nieuwe verzekerde een wachttijd moeten vervullen die overeenstemt met de maanden die ontbreken om te komen tot een volledige wachttijd van 6 maanden of 12 maanden.

Voor een aansluiting bij Dentalia Plus, verstaat men onder gelijkaardige verzekering voor tandverzorging een verzekering van het type 'vergoeding van schade', waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van de kosten die werkelijk aangerekend worden aan de verzekerde per verstrekking, dit in tegenstelling tot een verzekering die een forfaitaire tegemoetkoming zou toekennen en die:

- enerzijds voorziet in een financiële tegemoetkoming voor tandheelkundige verstrekkingen naar rata van ten minste 50% van de bedragen die ten laste blijven van de verzekerden, met een jaarplafond, dat ten minste gelijk is aan 500 euro. Om uit te maken of dit laatste plafond bereikt wordt in een andere entiteit, moet men rekening houden met het hoogste tegemoetkomingsplafond in de dienst van die andere entiteit, dat van toepassing was op het ogenblik van de aansluiting bij deze dienst;
- anderzijds niet beperkt blijft tot een tegemoetkoming voor verstrekkingen die ten laste genomen worden in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor een aansluiting bij Dentalia Up, verstaat men onder gelijkaardige verzekering voor tandverzorging een verzekering van het type 'vergoeding van schade', waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van de kosten die werkelijk aangerekend worden aan de verzekerde per verstrekking, dit in tegenstelling tot een verzekering die een forfaitaire tegemoetkoming zou toekennen, en die (cumulatieve voorwaarden):

- Voorziet in een financiële tegemoetkoming voor tandheelkundige verstrekkingen naar rata van ten minste 50% van de bedragen die ten laste blijven van de verzekerden, met een jaarplafond, dat ten minste gelijk is aan 500 euro. Om uit te maken of dit laatste plafond bereikt wordt in een andere entiteit, moet men rekening houden met het hoogste tegemoetkomingsplafond in de dienst van die andere entiteit, dat van toepassing was op het ogenblik van de aansluiting bij deze dienst; en
- niet beperkt blijft tot een tegemoetkoming voor verstrekkingen die ten laste genomen worden in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen; en
- al de volgende waarborgen dekt: preventieve verzorging, curatieve verzorging, parodontologie, orthodontie en tandprothesen en tandimplantaten.

8) Afwijking op de wachttijd ten gunste van nieuwe verzekerden die voorheen gedekt waren door een gelijkaardige verzekering voor ambulante verzorging

Van de wachttijden van 6 of 12 maanden, bepaald in artikel 64, 2°, 1) kan afgeweken worden ten gunste van nieuwe verzekerden die met afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat ze tot de datum van hun aansluiting al verzekerd waren bij een gelijkaardige verzekering voor ambulante verzorging.

De afwijking zal volledig zijn voor zover de aansluitingsperiode bij de betrokken verzekering op zijn minst gelijk was aan de periode van de wachttijd, die normaliter vervuld had moeten worden in het kader van artikel 64, 2°, 1).

Als die aansluitingsperiode korter is dan de wachttijd, dan zal de nieuwe verzekerde een wachttijd moeten vervullen die overeenstemt met de maanden die ontbreken om te komen tot een volledige wachttijd van 6 maanden of 12 maanden voor het geboorteforfait.

Onder gelijkaardige verzekering voor ambulante verzorging verstaat men een verzekering die:

- enerzijds:
    - of voorziet in een financiële tegemoetkoming voor ambulante verstrekkingen naar rata van ten minste 50% van de bedragen die ten laste blijven van de verzekerden, met een jaarplafond, dat ten minste gelijk is aan 1.000 euro. Om uit te maken of dit laatste plafond bereikt wordt in een andere entiteit, moet men rekening houden met het hoogste tegemoetkomingsplafond in de dienst van die andere entiteit, dat van toepassing was op het ogenblik van de aansluiting bij deze dienst;
    - of, voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming die – per deelwaarborg – ten minste 75% bedraagt van de tussenkomst voorzien in de nieuwe ambulante verzekering, op het ogenblik van aansluiting;
- anderzijds niet beperkt blijft tot een tegemoetkoming voor verstrekkingen die ten laste genomen worden in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

9) Afwijking op de wachttijd ten gunste van nieuwe verzekerden die voorheen gedekt waren door een gelijkaardige verzekering zoals Comfort/Comfort+

Er kan van de wachttijd van 6 maanden afgeweken worden voor de nieuwe verzekerden die, op basis van bewijsstukken, aantonen dat ze tot de datum van hun aansluiting bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand gedekt waren door een gelijkaardige aanvullende ziekenfondsverzekering.

Wanneer de nieuwe verzekerde tot de datum van zijn aansluiting reeds gedekt was door een gelijkaardige aanvullende ziekenfondsverzekering, zal hij, tijdens zijn wachtperiode van 6 maanden, de dekking van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand genieten voor zover de wachttijd bij de vorige ziekenfondsentiteit volledig vervuld werd. Indien die wachttijd slechts gedeeltelijk vervuld was, zal de nieuwe verzekerde een wachttijd moeten doorlopen die overeenstemt met de ontbrekende maanden om tot een totale wachttijd van 6 maanden te komen. Na afloop van die periode zal hij de dekking kunnen genieten.

10) Afwijking op de wachttijd in het kader van Comfort/Comfort+

De voordelen in het kader van Comfort en Comfort+ die geen wachtperiode vergen zijn de volgende: de zorgverblijven, de coördinatie van de thuiszorg en de ontlening van verzorgingsmateriaal.

11) Overgang van Comfort naar Comfort+ of omgekeerd

Elke verzekerde die de dekking van Comfort geniet, kan zijn aansluiting bij Comfort+ aanvragen mits een wachtperiode van 6 maanden.

Elke verzekerde die de dekking van Comfort+ geniet, kan de opheffing van deze dekking aanvragen en zich aansluiten bij het product Comfort zonder wachttijd.

12) Afwijking op de wachttijd in het kader van Income Two

Wanneer een verzekerde die aanvankelijk het statuut van zelfstandige had, overstapt naar het statuut van werknemer en binnen twaalf maanden zijn statuut van zelfstandige hervat, is de wachttijd niet van toepassing bij de hervatting van het statuut van zelfstandige. Deze uitzondering is echter enkel geldig voor zover de aanvankelijke wachttijd al vervuld is.

Artikel 65: Uitsluitingen en algemene beperkingen

1° Algemene uitsluitingen

Worden niet gedekt, de kosten van een ziekenhuisopname 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 verzekerde verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland;
- die het gevolg zijn van de beoefening van een betaalde sport, met inbegrip van de training;
- die het gevolg zijn van rellen, van burgeroorlogen, van 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 indien de verzekerde het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig deelnam aan deze gebeurtenissen;
- die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekerde zich onder de invloed van bedwelmende of verdovende middelen of andere drugs bevond;
- die het gevolg zijn van de vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf. Met ‘wanbedrijf’ beogen we ook de wanbedrijven die later geherkwalificeerd worden als zijnde louter overtredingen;
- die het gevolg zijn van een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekerde, of van een opzettelijke handeling van de aangeslotene, behalve bij redding van personen of goederen. De handeling zal als opzettelijk beschouwd worden wanneer de verzekerde wetens en willens en met opzet een gedrag heeft gehad dat een te verwachten schade heeft veroorzaakt, zonder dat het evenwel vereist is dat hij de bedoeling had om de schade, zoals deze zich voorgedaan heeft, te veroorzaken;

- die het gevolg zijn van dronkenschap, van alcoholisme of toxicomanie;
- die het gevolg zijn van kernreacties, met uitsluiting van terrorisme.

De Waarborg 'Zware Ziektes', zoals deze beoogd wordt door de artikelen 78ter en 85 is evenwel slechts verworven voor zover de diagnose van de zware ziekte niet gesteld werd vóór de aansluiting bij deze waarborg. De verzekerden van Hospitalia Plus op 31/03/2020 behouden hun aansluitingsdatum bij Hospitalia Plus voor de Waarborg 'Zware Ziektes'.

2° Niet-gedekte verstrekkingen

In het kader van de verzekering Hospitalia, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand geen tegemoetkoming toe:

- voor toiletartikelen, cosmetica, voeding, wijnen, minerale waters, luxe uitgaven (telefoon, televisie, bloemen, ijskast). Deze regel geldt evenwel niet voor de hospitalisaties in een gemeenschappelijke kamer en in tweepersoonskamers, zoals beoogd door artikel 74bis, en evenmin voor de daghospitalisaties. Telefoontjes naar betaalnummers blijven nochtans uitgesloten.

In het kader van de verzekeringen Hospitalia Medium en Hospitalia Plus, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand geen tegemoetkoming toe:

- 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;

In het kader van de verzekeringen Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand geen tegemoetkoming toe:

- voor de medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen die van esthetische aard zijn of refractieve chirurgie zijn, en/of die vanuit medisch oogpunt niet noodzakelijk zijn, en aan de btw onderworpen kosten;
- voor de tandimplantaten en tandprotheses (en alle verstrekkingen die daarmee samenhangen), behalve deze die ambulant geplaatst werden, in het kader van Hospitalia Ambulant;
- 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 geneesheer van de Verplichte Verzekering geen toestemming gegeven heeft;
- voor verstrekkingen van het type verjongingskuur;
- voor de prestaties ten gunste van een verzekerde die weigert om het bezoek te krijgen van een door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aangewezen arts, verpleegster of maatschappelijke werkster.

In het kader van de verzekering Dentalia Plus, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand geen tegemoetkoming toe voor:

- de verstrekkingen van artikel 14, l) van de bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes niet gevolgd worden door een teken '+';
- de geneesmiddelen;

- de tandverzorging van esthetische of cosmetische aard, tenzij de adviserend geneesheer, bevoegd inzake de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, vooraf zijn toestemming gegeven heeft en op voorwaarde dat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een tegemoetkoming toekent;
- de kosten waarvan de facturatie onwettig is/niet toegelaten is volgens de Belgische wet.

In het kader van de verzekering Dentalia Up kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand geen tegemoetkoming toe voor:

- de orthodontische behandelingen:
  1) die geen recht geven op een terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de aangeslotenen bij de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
  2) die niet beantwoorden aan de terugbetalingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor degenen die niet aangesloten zijn bij de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
  3) die tijdens de wachttijd of vóór de aansluiting bij Dentalia Up opgestart (onderzoeken vóór de behandeling om de behandeling te definiëren of op te starten) of begonnen (forfait voor vroege orthodontische behandeling bij het begin van de behandeling of forfait voor apparatuur per regelmatige orthodontische behandeling bij het begin van de behandeling) zijn. Deze behandelingen worden niet ten laste genomen, zelfs niet na de wachttijd;
- de tandprotheses en tandimplantaten die tijdens de wachttijd of vóór de aansluiting bij Dentalia Up opgestart (onderzoeken vóór de behandeling om de behandeling te definiëren of op te starten) of begonnen (plaatsing van een voorlopig implantaat of een voorlopige prothese) zijn. Deze behandelingen worden niet ten laste genomen, zelfs niet na de wachttijd;
- de verstrekkingen van artikel 14, l) van de bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes niet gevolgd worden door een teken '+';
- de geneesmiddelen;
- de materialen, instrumenten, ingezette middelen, geneesmiddelen voor tandheelkundig gebruik of andere farmaceutische benodigdheden en alle handelingen die nauw samenhangen met de hoofdhandeling;
- de tandprothesen van het type facetten, inlays, onlays en overlays, ongeacht de reden;
- de dieptrekplaten, ongeacht de reden verschillend van de orthodontische retentie;
- de technieken voor infiltratie van composiethars, met behulp van een beugel die indirect vervaardigd is, met het oog op de wijziging van de anatomie, het volume of de kleur van een of meerdere tanden;
- alle behandelingen van ronchopathie (snurken) of slaapapneu of elke andere behandeling die geen verband houdt met de mondgezondheid;
- de kosten die voortvloeien uit een letsel opgelopen tijdens de beoefening van een sport waarbij het dragen van gelaats-, mond- of tandbescherming gebruikelijk of verplicht is volgens de reglementering van de betrokken sportfederatie;
- de kosten die ontstaan doordat de verzekerde deelneemt aan een vechtpartij;
- de kosten die niet eigen zijn aan de levering van het hoofdmateriaal in formules van het type leasing of abonnement;
- de verstrekkingen tandzorg van esthetische of cosmetische aard;
- de prestaties en de leveringen van goederen en diensten die onderworpen kunnen zijn aan btw;
- de kosten waarvan de facturatie in strijd is met de Belgische reglementering;
- de kosten die vanuit diagnostisch of therapeutisch oogpunt niet noodzakelijk zijn want niet curatief voor een ziekte;
- de verstrekkingen of de behandelingen die niet medisch noodzakelijk zijn;
- de overdreven technieken of behandelingen (overbehandelingen) in verhouding tot de pathologie;
- de verstrekkingen die onvoldoende therapeutisch erkend zijn of die niet gedoceerd worden in minstens één van de Belgische faculteiten die toegang geven tot één van de beroepen opgesomd in art. 4, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de

nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- de verstrekkingen ten gunste van een verzekerde die weigert zich te laten onderzoeken door een door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aangewezen tandarts expert;
- de verstrekkingen in geval van duidelijke vervalsing door de zorgverlener en/of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger van de datums van de verstrekkingen, de gevraagde bedragen of de omschrijving van de verstrekkingen.

In het kader van de verzekering Medicalia, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand geen tegemoetkoming toe voor:

- de kosten waarvan de facturering onwettig is/niet toegestaan is volgens de Belgische wetgeving;
- de geneesmiddelen;
- behandeling van logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten, psychologen, osteopaten, chiropractors, homeopaten, acupuncturisten, orthopedagogen die niet erkend zijn door het RIZIV, of niet voorkomen op de lijsten zoals gepubliceerd en gebruikt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en haar afdelingen.
- de medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen die van esthetische aard zijn, en/of die niet noodzakelijk zijn om te genezen;
- algemene tandzorgen (de tandimplantaten en tandprotheses (en alle verstrekkingen die daarmee samenhangen));
- verstrekkingen van het type verjongingskuur.

3° Uitsluitingen Hospitalia Continuïteit

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent enkel een tegemoetkoming toe wanneer de groepsverzekering van de werkgever in geval van ziekenhuisopname een tegemoetkoming toegekend heeft voor een ziekenhuisopname in België of in het buitenland of voor een daghospitalisatie. Bovenvermelde punten 1° en 2° gelden niet voor Hospitalia Continuïteit.

4° Beperkingen van de tegemoetkoming in het kader van de producten Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus en hun bijkomende Waarborg 'Zware Ziektes'

De Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan, op basis van de medische vragenlijst, in geval van een vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand, beslissen om de tegemoetkoming voor de ziekenhuisopnames die hier rechtstreeks verband mee houden, te beperken door de uitsluiting van de kamersupplementen en de honorariumtoeslagen die aangerekend worden wanneer de patiënt kiest voor een verblijf in een eenpersoonskamer.

Deze beperking van de tegemoetkoming zal niet toegepast worden bij een ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer.

Voor de tegemoetkomingen voorzien in het kader van de Waarborg 'Zware Ziektes', die bijkomend is bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, kan de Medische Adviseur van de Maatschappij van Onderlinge Bijstand, op basis van de medische vragenlijst, de tegemoetkomingen die rechtstreeks verband houden met de vooraf bestaande zware ziekte, weigeren.

Deze eventuele beslissing wordt genomen voor een minimale duur van 5 jaar, na afloop waarvan de verzekerde die dat wenst, kan vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch dossier.

Die minimale termijn van 5 jaar geldt niet voor de ziekenhuisopnames die verband houden met een zwangerschap die al bestond op de aansluitingsdatum bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, want die termijn is bepaald op 9 maanden.

Deze bepalingen mogen evenwel geen afbreuk doen aan de algemene beperkingen, opgenomen in de artikels 73 en 79.

Het begrip vooraf bestaande toestand die verband houdt met de zwangerschap, zal als volgt toegepast worden:

- voor de bevallingen die plaatsvinden tijdens de eerste 6 maand aansluiting bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, wordt geen enkele terugbetaling toegekend. De hospitalisatiekosten worden evenwel ten laste genomen, met uitsluiting van de aangerekende kamersupplementen en honorariumsupplementen, wanneer de patiënt gekozen heeft voor een verblijf in een eenpersoonskamer indien, op het ogenblik van de bevalling, afgeweken werd van de wachttijd in het kader van artikel 64, 2°, 6);
- voor de bevallingen die plaatsvinden in de zevende, achtste en negende aansluitingsmaand bij de hospitalisatiedienst, zullen de hospitalisatiekosten ten laste genomen worden, met uitsluiting van de aangerekende kamersupplementen en honorariumsupplementen, indien de patiënt gekozen heeft voor 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 tiende maand aansluiting bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus;
- voor de bevallingen van verzekerden die eerder al gedekt waren door een gelijkaardige mutualistische 'hospitalisatiedienst' of door een mutualistische hospitalisatiedienst die een voordeligere dekking aanbiedt. In dit geval, begint de periode van de eerste 9 maanden, beschreven in bovenvermelde paragraaf, te lopen op de aansluitingsdatum bij die gelijkaardige hospitalisatiedienst of voordeligere hospitalisatiedienst.

5° Beperkingen van de tegemoetkoming in het kader van het product Hospitalia Continuïteit

De Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan, op basis van de medische vragenlijst, in geval van een vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand, voor de ziekenhuisopnames die hier rechtstreeks verband mee houden, beslissen tot de toepassing van een beperking van de verzekering (uitsluiting van de supplementen die gepaard gaan met de keuze voor een verblijf in een eenpersoonskamer) bij de overgang achteraf naar het product Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus evenals de Waarborg 'Zware Ziektes'.

De medische vragenlijst zal pas ingaan bij de overgang achteraf naar het product Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus, indien de gekozen dekking hoger is dan de dekking die de verzekerde genoot vóór zijn aansluiting bij Hospitalia Continuïteit.

Op het ogenblik van de overgang, zal de Medische Adviseur beslissen of het al dan niet nodig is om die beperking te behouden.

6° Uitsluitingen binnen de dienst Dagvergoedingen OZ voor wat betreft de ex-verzekerden primaire kas 'Antwerps Ziekenfonds' en 'Helpt elkander'

1. Behoudens de uitzonderingen, als de verzekerde zich niet werkelijk op Belgisch grondgebied bevindt op het tijdstip dat hij om die prestaties verzocht.
2. Indien de arbeidsongeschiktheid gedekt is door een bijzondere wetgeving of zo deze arbeidsongeschiktheid haar oorsprong vindt in de vermindering van arbeidsongeschiktheid welke recht geeft op een invaliditeitspensioen toegekend krachtens een wet of een openbare verordening.

   Nochtans wordt de invaliditeitsvergoeding toegestaan wanneer de arbeidsongeschiktheid niet dezelfde oorsprong heeft als die welke aanleiding heeft gegeven tot de schadeloosstelling krachtens een bijzondere wetgeving of wanneer deze arbeidsongeschiktheid niet voortspruit uit de vermindering van de arbeidsongeschiktheid, welke recht geeft op een invaliditeitspensioen toegestaan krachtens een wet of een openbaar reglement.
3. Zo de arbeidsongeschiktheid te wijten is aan een ongeval waarbij de burgerrechtelijke verantwoordelijkheid van een derde betrokken is tenzij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand te gepasten tijde van de oorzaak van het ongeval op de hoogte werd gebracht.

In dit laatste geval is de verzekerde verplicht om de vereniging Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand te subrogeren in al zijn rechten die hij tegenover de aansprakelijke derde zou kunnen doen gelden en mag hij, zonder de toestemming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, geen overeenkomst sluiten met hem die schadeloosstelling verschuldigd is.

4. Zo de schade voortspruit uit een ongeval overkomen naar aanleiding van een lichaamsoefening tijdens een sportcompetitie of een exhibitie waarvoor de inrichter toegangsgeld ontvangt en waarvoor de deelnemers in om het even welke vorm een bezoldiging ontvangen.
5. Zo de schade voortspruit uit een door de verzekerde gepleegde zware fout.
6. Van de verzekerden die zich aan de controle onttrokken hebben of die geweigerd hebben om zich te schikken naar de door het Directiecomité of de Medische Adviseur opgelegde controlemaatregelen.
7. Aan de verzekerden wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een ziekte of kwetsuur voorgekomen gedurende de proeftijd.
8. Aan de verzekerde wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een ziekte of kwetsuur veroorzaakt door wangedrag of overdaad, gebruik van verdovende middelen of toxicomanie.
9. Aan de verzekerde wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit verwondingen opgelopen tijdens een vechtpartij als het bewezen is dat de verzekerde de aanrander is geweest.
10. Aan de verzekerde wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een oorlogsfeit of natuurramp of rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit de thermische mechanische radioactieve of andere uitwerkingen van om het even welke wijziging in de atoomstructuur van de stof, de kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes, de professionele aanwending van röntgenstralen of radio-isotopen, met uitsluiting van terrorisme.
11. Aan de verzekerde die zich opzettelijk heeft gekwetst, heeft laten kwetsen of ziek maken.
12. Aan de verzekerde wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een kraambed of miskraam.
13. Aan de verzekerde die seniel of geestesgestoord is.
14. Aan de verzekerde die bij de inschrijving bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand onjuiste of onvolledige verklaringen mededeelt, die van aard zijn om haar verplichtingen te verzwaren of te wijzigen.

De zieke of daadwerkelijk gekwetste verzekerden verliezen hun recht op de vergoedingen voor primaire ongeschiktheid als zij door de Medische Adviseur of de ziekenbezoekers aangetroffen worden in het lokaal waar zij hun beroep uitoefenen of als zij zich bezig houden met winstgevend werk of met handelszaken.

De zieke of daadwerkelijk gekwetste, op een overtreding betrapt, worden als genezen beschouwd, zij krijgen hun rechten slechts terug na een tijdverloop van zes maand. Bij herval mogen zij uit de verzekering gesloten worden.

7° <u>Uitsluitingen binnen dienst Dagvergoedingen OZ voor wat betreft de vergoedingen ziekenfonds en de verzekerden ex-MOB Ziekenkas in volgende gevallen</u>:

1. De verzekerde, wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een ziekte of kwetsuur voorgekomen gedurende de wachttijd.
2. De verzekerde, wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een ziekte of letsel veroorzaakt door wangedrag, gebruik van verdovende middelen of toxicomanie.
3. De verzekerde, wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit verwondingen opgelopen tijdens een vechtpartij als het bewezen is dat het lid er schuld aan heeft.
4. De verzekerde, wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een ongeval overkomen naar aanleiding van een lichaamsoefening tijdens een sportcompetitie of exhibitie waarvoor de inrichter toegangsgeld ontvangt of waardoor de deelnemer in om het even welke vorm een bezoldiging of vergoeding van kosten ontvangen heeft.

5. De verzekerde, wiens arbeidsongeschiktheid voorspruit uit oproer, burgeronlusten, ideologisch of sociaal geïnspireerde gewelddaden al dan niet gepaard gaand met opstand tegen de overheid of tegen gestelde machten behalve indien de verzekerde bewijst dat hij er niet actief en vrijwillig deel aan nam, een oorlogsfeit, natuurramp of wiens ongeschiktheid rechtstreeks of onrechtstreeks voortvloeit uit de thermische, mechanische, radioactieve of andere uitwerkingen van om het even welke wijziging in de atoomstructuur van de stof, de kunstmatige bestraling van atoomdeeltjes, de professionele aanwending van röntgenstralen of radio-isotopen, met uitsluiting van terrorisme.
6. De verzekerde, die zich opzettelijk heeft verwond of heeft laten verwonden, of zich moedwillig ziek gemaakt heeft.
7. De verzekerde, die zich aan de controle onttrokken heeft of geweigerd heeft om zich te schikken naar de door de Medische Adviseur, opgelegde controlemaatregelen.
8. De verzekerde, wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een ongeval, door derden te vergoeden. Nochtans wordt aan de verzekerden in afwachting van de schadeloosstelling, de voorziene uitkering uitbetaald mits wettelijke of conventionele subrogatie: de verzekerde mag geen daad stellen waardoor de rechten van de gesubrogeerde Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kunnen verminderd worden.

   De verzekerde zal geen overeenkomst afsluiten of geen dading aangaan met de derde die gehouden is de schade geheel of gedeeltelijk te vergoeden, zonder het schriftelijk akkoord van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.
9. De verzekerde, voor de duur dat hij zich in het buitenland bevindt.
10. De verzekerde, wiens arbeidsongeschiktheid voortspruit uit een psychische aandoening, al dan niet met lichamelijke weerslag.

    De verzekerde, die ter gelegenheid van zijn aansluiting bij de dienst, zelfs zonder kwade trouw, onvolledige of onjuiste schriftelijke verklaringen aflegt, wanneer deze de waardering van het risico verminderen of het voorwerp ervan wijzigen. Indien de betaling van de dagvergoeding voorafgaat aan de kennisname van de reële situatie van de verzekerde, houdt dit geen impliciete aanvaarding of weigering in van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

    De arbeidsongeschikte en effectieve verzekerden verliezen hun recht op de bij artikel 98 bepaalde vergoedingen als zij:

    1. door de Medische Adviseur of ziekenbezoekers aangetroffen worden in het lokaal waar zij hun beroep uitoefenen of als zij zich bezighouden met winstgevend werk of met handelszaken;
    2. niet verzorgd worden door een dokter;
    3. de door de dokter gegeven voorschriften niet opvolgen;
    4. overdaad doen aan alcoholhoudende dranken;
    5. de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand besloten toezichtmaatregelen afweren;
    6. afwezig zijn van hun woonplaats bij het aangekondigd bezoek van de Medische Adviseur of zijn afgevaardigde;
    7. niet meer beantwoorden aan de voorwaarden van lidmaatschap zoals beschreven in huidige statuten.

8° <u>Uitsluitingen binnen dienst Dagvergoedingen Xerius indien de ongeschiktheid het gevolg is van één of meer van de hierna volgende situaties</u>:

- oorlogsfeiten, met uitsluiting van terrorisme
- de beoefening van een betaalde sport, met inbegrip van de training

- de beoefening van een gevaarlijke sport: louter illustratief en niet limitatief kan worden verwezen naar: motor- en autorennen, rally's, sport- en zweefvliegen, valschermspringen, diepzeeduiken, speleologie of ballonvaart
- rellen, van burgeroorlogen, van alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of elke erkende macht, (hieronder wordt niet verstaan daden van terrorisme in de zin van artikel 2 van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme), behalve indien de verzekerde het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig deelnam aan deze gebeurtenissen
- die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zich onder de invloed van bedwelmende of verdovende middelen of andere drugs bevond
- de vrijwillige deelname aan een misdaad of een misdrijf
- een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, of van een opzettelijke handeling van de rechthebbende van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, behalve bij redding van personen of goederen. De handeling zal als opzettelijk beschouwd worden wanneer de verzekerde van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand wetens en willens en met opzet een gedrag heeft gehad dat een te verwachten schade heeft veroorzaakt, zonder dat het evenwel vereist is dat hij de bedoeling had om de schade, zoals deze zich voorgedaan heeft, te veroorzaken.
- dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie
- kernreacties
- geneeskunde en farmaceutische verstrekkingen die van esthetische aard zijn, behalve indien de Medische Adviseur die bevoegd is voor de verplichte verzekering vooraf zijn toestemming gegeven heeft en indien de verplichte verzekering een tegemoetkoming toekent
- geestesziekten, geestesstoornissen of psychische aandoeningen en hun gevolgen
- een ongeval als bestuurder of bijzitter van een gemotoriseerde tweewieler
- een normale bevalling
- een ziekte of aandoening waarvan de verzekerde kennis had bij aanvraag, en waarvan hij opzettelijk of onopzettelijk geen melding heeft gemaakt. Deze uitsluitingsgrond vervalt na 24 maanden indien de niet-vermelding onopzettelijk was.
- ziekten en aandoeningen die zich bij aanvraag reeds manifesteren en die worden gediagnosticeerd binnen de 24 maanden na de aanvraag.

9° Uitsluitingen binnen Income Two

Zijn niet gedekt, alle schadegevallen die geen recht openen op een uitkering in het kader van Het Koninklijk Besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten.

Tot slot zijn de periodes van moederschapsrust, zoals gedefinieerd in artikel 93 van het Koninklijk Besluit Uitkeringen, niet gedekt.

Artikel 66: Algemene principes van de dekking

1° Er wordt rekening gehouden met de toestand van de verzekerde inzake geopende rechten

De kosten worden niet in aanmerking genomen, voor zover zij gedekt kunnen worden:

- door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze ingericht is door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en het Koninklijk Besluit van uitvoering en door het Koninklijk Besluit van 30 juni 1964;

- door de wetgevingen op de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en het Koninklijk Besluit van uitvoering) en op de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en het Koninklijk Besluit van uitvoering);
- door de Europese verordeningen nummers 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale overeenkomst inzake sociale zekerheid, gesloten door België;
- door de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen met uitzondering van de contracten Comfort en Comfort Plus die vóór 1 januari 2017 afgesloten werden, tegemoetkomingen Dentalia Plus vanaf 1 juli 2021 en tegemoetkomingen Dentalia Up vanaf 1 juli 2023;
- door de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de verzekeringsinstellingen.

De gedekte supplementen worden dus vastgesteld in verwijzing naar deze tegemoetkomingen. Indien de verzekerde om één of andere reden niet het recht heeft om een beroep te doen op één of meerdere tegemoetkomingen, dan kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand dezelfde tegemoetkoming toe als voor een verzekerde die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

2° Cumulatie van de dekkingen

Indien de schade al gedekt wordt door het gemeen recht, een andere wetgeving of een verzekeringsovereenkomst, waarvan de verzekerde geniet, bij zowel een verzekeringsmaatschappij als bij een Belgische ziekenfondsinstelling, dan dient de verzekerde dit te vermelden op de tegemoetkomingsaanvraag, beoogd in artikel 70.

Wanneer hetzelfde belang tegen hetzelfde risico verzekerd wordt door toedoen van meerdere verzekeringscontracten, dan kan de verzekerde een vergoeding vragen aan elke verzekeraar binnen de limieten van de verplichtingen van elk van hen, dit naar rata van de vergoeding waarop hij recht heeft. Tenzij de verzekeraars het eens zouden worden over een andere verdeelsleutel, zal de last van de vergoeding onder de verzekeraars verdeeld worden, in verhouding tot hun respectievelijke verplichtingen.

Wanneer de, krachtens een andere wetgeving, het gemeenrecht of een verzekeringscontract toegekende sommen lager zijn dan de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand toegekende terugbetalingen, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van dit laatste.

In het kader van Hospitalia Continuïteit, beoogd in artikel 96, heeft de rechthebbende recht op dit verschil, naar rata van max. 50 euro per dag.

Wanneer de schade vermoedelijk vergoed zal worden door het gemeenrecht of een andere wetgeving, dan kan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorlopig een tegemoetkoming toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand treedt, in dit geval, in alle rechten die de verzekerde kan doen gelden ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding. De verzekerde kan, zonder toestemming vooraf, geen schikkingen treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding.

3° Tegemoetkomingsregels

a) Opdat de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand haar tegemoetkomingen zou kunnen toekennen, is het onontbeerlijk dat tijdens de ziekenhuisopname, op zijn minst één van de medische verstrekkingen voorkomt op de lijst van de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand terugbetaalbare verstrekkingen en terugbetaald wordt door de verplichte verzekering. Van deze laatste voorwaarde wordt afgeweken als er gebruik gemaakt wordt van artikel 66, 1° laatste paragraaf.

   De vorige alinea is niet van toepassing op de terugbetaling van voorschotten zoals bepaald in artikel 70bis, en geldt evenmin voor Hospitalia Continuïteit.

b) Opdat de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand haar tegemoetkomingen zou kunnen toekennen in het kader van de verzekering Dentalia Plus en Dentalia Up, is het onontbeerlijk dat de verstrekkingen vermeld staan in artikel 96bis en 96nonies en uitgevoerd worden door één van de zorgverleners, vermeld in artikel 4, § 1 van de bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. Er is geen tegemoetkoming voor voorschotten zolang de medische handeling niet uitgevoerd is.

c) In het kader van de verzekering Dentalia Up, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tussenkomst toe rekening houdend met de volgende regels:

- de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand biedt een tegemoetkoming voor tandheelkundige conebeams (CBCT) op voorwaarde dat alle administratieve voorwaarden voor het gebruik van de conebeam vermeld in artikel 6, §17bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn vervuld, en met name dat de zorgverlener houder is van de conebeam-vergunning uitgereikt door het FANC en dat het apparaat en de zorgverlener zijn geregistreerd bij de Dienst Geneeskundige verzorging van het RIZIV.

  De tandheelkundige conebeams worden terugbetaald voor zover deze medisch noodzakelijk zijn en volgens de voorwaarden die van toepassing zijn op de zorg waarop zij betrekking hebben.

  Voor tandheelkundige conebeams is er slechts eenmaal per 2 aansluitingsjaren een tegemoetkoming;

- vanaf het ogenblik dat de reglementering het oplegt, behoudt de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zich het recht voor om pas een tegemoetkoming te bieden na voorafgaande indiening en aanvaarding van een behandelingsplan met een prijsopgave voor de tandprotheses en tandimplantaten, de prestaties parodontologie en de orthodontische behandelingen;

- in geval van duidelijk buitensporige of discriminerende bedragen, kan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand het bedrag van de tegemoetkoming beperken door het bedrag ten laste dat in aanmerking genomen wordt te begrenzen tot het minst hoge bedrag dat opgenomen is in de hieronder vermelde referenties:
  - de bijlage bij het koninklijk besluit van 1 oktober 2013 tot vaststelling van de voorwaarden voor de vergoeding van tandprothesen die nodig zijn ingevolge van letsels opgelopen bij een arbeidsongeval, jaarlijks bijgewerkt op 1 januari; of
  - het overeenkomstentarief voor de terugbetaalbare verstrekkingen; of
  - het sectorale referentietarief voor de niet-terugbetaalbare verstrekkingen; of
  - het tarief dat gewoonlijk toegepast wordt door de zorgverlener voor patiënten die geen tandzorgverzekering hebben gesloten;

- de tussenkomst voor de hulpmiddelen in harde kunsthars zoals vermeld in artikel 96nonies, 4°,2) is beperkt tot eenmaal per 5 aansluitingsjaren. De aanpassing van deze hulpmiddelen mag in geen geval aanleiding geven tot een aparte tussenkomst;

- de vernieuwingstermijn voor de prothesen bedraagt 7 jaar voor uitneembare prothesen en 15 jaar voor vaste prothesen;

- de modellering in tandverzorging kan in geen geval leiden tot een aparte tegemoetkoming van de behandeling waarop die betrekking heeft;

- De kosten die betrekking hebben op eenzelfde tandprothetisch werk in de zin van artikel 96nonies, 4° mogen in geen geval worden gespreid over verschillende datums met het oog op een voordeel of terugbetaling die hoger is dan die contractueel voorzien is en mogen slechts globaal aangerekend worden op de datum van de definitieve plaatsing.

  De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand behoudt zich het recht voor om de therapeutische relevantie van meerdere behandelingen op dezelfde implantatie- of protheselocatie na te gaan, en zo nodig de tegemoetkoming te beperken;

- De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand behoudt zich het recht voor om zijn tussenkomst afhankelijk te maken van de ontvangst van een kopie van het akkoord van de

adviserend arts of van de bijlage die nodig is om een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te krijgen voor de orthodontische behandeling.

4° Algemene beperking

De voordelen, toegekend door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kunnen, gecumuleerd met alle andere tegemoetkomingen, nooit hoger zijn dan het bedrag van de kosten die de verzekerde in werkelijkheid aangegaan heeft, behalve voor de tegemoetkoming van het Forfait H vermeld in artikel 94 van de statuten, voor de terugbetaling van de thuisbevalling, zoals bepaald in de artikels 75 en 81bis, alsook voor de terugbetaling van de nazorgverblijven, bepaald in de artikels 78bis en 84bis.

5° 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 van 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.

Artikel 67: Hulpverlening in België voor de verzekerden van het product Hospitalia

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand biedt onderstaande hulpverlening aan verzekerden die zich ingeschreven hebben bij het product Hospitalia en die recht hebben op de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, overeenkomstig de artikels 64 en 65 en in het kader van de in de artikels 74, 75 en 76 beschreven hospitalisaties. Het volstaat hiertoe een telefoontje te geven aan de hulpverleningscentrale van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand op het nummer 02/560.47.86, die 24 uur op 24 toegankelijk is.

1° Ziekenoppas na een daghospitalisatie

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand organiseert, binnen de 24 uur (en bekostigt het gezelschap van) een ziekenoppas gedurende ten hoogste 12 uur voor een verzekerde die een daghospitalisatie ondergaan heeft, dit tijdens de nacht die onmiddellijk volgt op deze daghospitalisatie.

Om aanspraak te kunnen maken op deze dienst, moet de alleenstaande verzekerde:

- aan de ziekenoppas een medisch attest bezorgen van de behandelende arts van de daghospitalisatie, attest waarin verduidelijkt wordt dat er een daghospitalisatie gebeurd is en dat er een oppas vereist is, zonder dat er verpleegkundige verzorging toegediend moet worden;
- over een telefoon beschikken.

2° Thuisoppas van kinderen

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand organiseert binnen de 24 uur (en bekostigt de oppas van) de kinderen van de verzekerde die ouder zijn dan 3 maanden tot 14 jaar, dit indien één van de volgende vier voorwaarden vervuld is:

1) indien een verzekerde gehospitaliseerd wordt ingevolge een ongeval of een plotse en niet te voorziene ziekte gedurende meer dan 2 dagen, dan komt de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand tussen in de oppas van zijn kinderen gedurende de eerste nacht die volgt op deze ziekenhuisopname, dit wil zeggen tussen 19 uur en 8 uur, indien niemand anders voor de kinderen kan zorgen.

De tussenkomst wordt eveneens toegekend voor een duur van ten hoogste 5 werkdagen, van maandag tot zaterdag, tussen 8 uur en 19 uur, feestdagen uitgezonderd en tot een maximum van 10 uur per dag, terwijl de echtgeno(o)t(e) zijn(haar) beroepsactiviteit uitoefent.

2) wanneer de bevalling terugbetaald wordt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, dan komt die laatste tussen in de oppas van de kinderen gedurende ten hoogste 3 werkdagen tijdens het verblijf van de moeder in het ziekenhuis, van maandag tot zaterdag, feestdagen uitgezonderd, dit tot een maximum van 10 uur per dag en om aan de vader de kans te geven zijn beroepsbezigheid uit te oefenen.

3) wanneer de bevalling terugbetaald wordt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, dan komt die laatste tussen in de oppas van de kinderen gedurende ten hoogste 3 werkdagen, op voorwaarde dat die 3 werkdagen onmiddellijk volgen op een kort verblijf in het ziekenhuis van de moeder, van maandag tot zaterdag, feestdagen uitgesloten, tot ten hoogste 10 uur per dag, terwijl de vader zijn beroepsbezigheid uitoefent.

   Onder kort verblijf, dient men een verblijf van ten hoogste 2 overnachtingen te verstaan.

4) als de thuisbevalling terugbetaald wordt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, dan kent die laatste een tegemoetkoming toe in de oppas van de kinderen gedurende ten hoogste de 3 werkdagen die onmiddellijk volgen op de thuisbevalling, voor de moeder, van maandag tot zaterdag, feestdagen uitgesloten, tot ten hoogste 10 uur per dag, terwijl de vader zijn beroepsbezigheid uitoefent.

   De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand neemt op de dag van de thuisbevalling de oppaskosten ten laste van de kinderen die jonger zijn dan 14 jaar.

Het is de bedoeling van deze oppas om een aandachtige aanwezigheid te verzekeren bij ten hoogste 3 kinderen en om de taken uit te voeren die normaal verzekerd worden door de moeder of de vader van het gezin, met uitsluiting van het huishoudelijk werk en van het vervoer van en naar de school en de woonplaats.

De in punten 2 en 3 hierboven vastgestelde tussenkomsten kunnen en mogen onderling niet gecumuleerd worden.

Artikel 67bis: Hulpverlening in België ‘Hospitalia Assist’ voor de verzekerden van de producten Hospitalia Medium en Hospitalia Plus

I. DOEL EN DRAAGWIJDTE DE BIJSTAND

De Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, MLOZ Insurance, biedt de hieronder opgesomde bijstandsdiensten aan, hierna "diensten" genoemd, aan tot de aangegeven limieten (bedragen inclusief alle belastingen), aan de verzekerden die zich ingeschreven hebben bij de producten Hospitalia Medium of Hospitalia Plus. De Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand kan een beroep doen op een derde voor de organisatie van de dienst.

Deze diensten vallen onder de benaming ‘Hospitalia Assist’.

De bijstand in België is verworven in geval van hospitalisatie (minstens één overnachting of dag) of zware ziekte, gedekt door de verzekering Hospitalia Medium of Hospitalia Plus of door de Waarborg ‘zware ziektes’ (in het bijzonder de artikelen 63, 1°, 8° en 23°, 78ter en 85), 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 euro 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.

II. TERRITORIALE GELGIGHEID

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.

III. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

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 Statuten 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.

IV. TOEKENNINGSVOORWAARDEN VAN DE BIJDSTANDSDIENST

De verzekerde of, bij onmogelijkheid, een naaste neemt contact op met Hospitalia Assist op 02/560.47.86, 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 Medium of 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.

V. 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 interventie, en tot 5 interventies, per gebeurtenis. De tegemoetkoming van maximum 40 uur in totaal is voor scholing en pedagogische ondersteuning echter beperkt in zittingen van minimaal 2 uur en maximaal 4 uur per zitting, met maximaal 5 tegemoetkomingen ter plaatste, de andere zittingen zijn in videoconference gerealiseerd. 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 euro, per vervoer en 250 euro, 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 euro, per vervoer en tot 250 euro, 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 euro, per vervoer en 250 euro, 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 euro, per gebeurtenis.

VI. 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.

VII. UITSLUITINGEN

Naast de uitsluitingen, opgenomen door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in artikel 65, 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 Medium en 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.

Artikel 68: Verjaring

De vordering tot betaling van de financiële tegemoetkomingen en uitkeringen in het kader van de voordelen, vermeld in deze statuten en elke andere vordering, afgeleid uit de verzekeringsovereenkomst verjaren na drie jaar, te rekenen vanaf de dag van de gebeurtenis die het recht geopend heeft, dit wil zeggen vanaf de dag waarop het gedekte risico gerealiseerd wordt.

De vordering tot betaling van sommen die betrekking zouden hebben op een bedrag dat hoger is dan de betaling van financiële tegemoetkomingen en uitkeringen, toegekend in het kader van de in deze statuten vermelde diensten, verjaart na drie jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand waarin deze betaling gebeurd is.

De eis tot terugvordering van de waarde van de financiële tegemoetkomingen en de uitkeringen die ten onrechte toegekend zouden worden in het kader van de in deze statuten vermelde diensten verjaart na drie jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand waarin de betaling gebeurd is.

Deze verjaring geldt niet wanneer de onrechtmatige toekenning van de financiële tegemoetkomingen en uitkeringen veroorzaakt is door bedrieglijke handelingen waarvoor diegene die ervan geprofiteerd heeft, verantwoordelijk is.

In dit geval, bedraagt de verjaringstermijn vijf jaar te rekenen vanaf het einde van de maand waarin de betaling gebeurd is.

De vordering tot betaling van premies voor de diensten die vermeld staan in de statuten verjaart na drie jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand waarop de onbetaalde premies betrekking hebben.

De vordering tot terugbetaling van de premies die ten onrechte betaald werden voor de diensten die vermeld staan in deze statuten, verjaart na drie jaar, te rekenen vanaf de dag waarop de betaling van de onverschuldigde premies gebeurd is.

Artikel 69: Medische controle

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

Door aan te sluiten bij Dentalia Up geeft de verzekeringnemer zijn toestemming aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand om bij de zorgverlener of zijn onderaannemer de rechtmatigheid van de facturering te controleren.

Door aan te sluiten bij Dentalia Up geeft de verzekeringnemer zijn toestemming aan de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, of aan de gemandateerde tandarts expert, om bij de zorgverlener of zijn onderaannemer de rechtmatigheid van de uitgevoerde verstrekking te controleren bij twijfel over de gegrondheid ervan.

Artikel 70: Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op de voordelen die opgenomen zijn in de afdelingen 1, 2, 2Bis en 4 – Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, en de bijkomende Waarborg 'Zware Ziektes' en het Forfait H – zal de verzekerde een document 'Tegemoetkomingsaanvraag' invullen, dat uitgereikt wordt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en zal hij, aan dit laatste, alle bewijsstukken bezorgen ter staving van zijn uitgaven. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand heeft het recht om alle bijkomende stukken die het nodig acht, op te eisen. Dit geldt eveneens voor de voordelen opgenomen in afdeling 9 en 10 – Comfort, Comfort+ en Income Two.

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 via een andere duurzame gegevensdrager bezorgd wordt), beoogd in artikel

10, § 1 van de verordening van 28 juli 2003 houdende uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Voor de verzorging vóór de ziekenhuisopname en de nazorg, de waarborg Zware Ziektes en de verblijven na het verlaten van het ziekenhuis zal de verzekerde alle originele facturen, of een kopie ervan, overhandigen, 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 zal rechtstreeks gebeuren door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand middels de voorlegging van een 'Attest over de terugbetaalbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een aanvullende verzekering' van de apotheker, naar behoren ingevuld door die laatste en medeondertekend door de verzekerde, of nog van een (ambulante) factuur van het ziekenhuis.

Om aanspraak te kunnen maken op de voordelen die opgenomen zijn in de afdeling 3 – Hospitalia Ambulant – zal de verzekerde de bewijsstukken moeten indienen, die beschreven staan in de artikels 89, 90 en 91.

Om aanspraak te kunnen maken op de voordelen, opgenomen in de afdeling 4 – Forfait H – zal de verzekerde ofwel de originele factuur moeten indienen, ofwel een kopie van die originele factuur, ofwel een attest van het ziekenhuis over de duur van het ziekenhuisverblijf.

Om de voordelen vastgesteld in artikel 96 betreffende Hospitalia Continuïteit te bekomen, zal de verzekerde het origineel of de kopie van de afrekening van de groepsverzekeraar indienen.

Om de voordelen van artikel 80quater te genieten, dient de verzekerde alle originele bewijsstukken voor te leggen.

Om aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de verzekering Dentalia Plus, moet de verzekerde tegelijk de volgende stukken voorleggen:

- een document 'Tandheelkundige verstrekkingen – bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)', uitgereikt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en naar behoren ingevuld door de verzekerde en de zorgverlener;
- een getuigschrift voor verstrekte hulp, naar behoren ingevuld in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Om aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de verzekering Dentalia Up, moet de verzekerde het harmonisatiedocument 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)', naar behoren ingevuld door de zorgverlener, indienen.

Alle verstrekkingen die voor eenzelfde handeling/dag uitgevoerd worden, moeten samen op één document vermeld worden. Als supplementen slechts globaal worden gemeld, zullen zij evenredig over het tarief van elke verstrekking worden verdeeld.

De bewijsdocumenten moeten in dezelfde volgorde ingediend worden als de toegediende verzorging.

De Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand behoudt zich het recht voor om zijn tussenkomst afhankelijk te stellen van de ontvangst van een kopie van het naar behoren ingevulde getuigschrift voor verstrekte hulp in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De verzekeringsnemer verbindt zich ertoe de verzekerde te informeren dat, door in te schrijven op dit product, de VMOB MLOZ Insurance rechtstreeks contact kan opnemen met zijn ziekenfonds of met de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen om zijn terugbetalingen te optimaliseren op basis van de gegevens die zij ontvangen hebben in het kader van de verplichte en de aanvullende verzekering.

Om aanspraak te kunnen maken op de voordelen die opgenomen zijn in de afdeling 6bis Medicalia zal de verzekerde de bewijsstukken moeten indienen, die beschreven staat in het artikel 96sexies.

De terugbetalingen zullen toegekend worden aan de effectieve verzekerden of aan elke persoon die over een schriftelijke volmacht beschikt, dit zodra de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in het bezit is van de onkostennota's voor de aangegane kosten en van de afrekening van de wettelijke tegemoetkomingen.

Voor alle voordelen die omschreven zijn in dit artikel, is het toegestaan bewijsstukken digitaal te bezorgen aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand met het oog op een tegemoetkoming in het kader van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. De digitale kopie moet van goede kwaliteit zijn (leesbaar) en conform aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand behoudt zich het recht voor het origineel op te vragen bij de verzekerde die het moet bewaren of die de eventuele kosten voor een duplicaat zal moeten dragen.

Artikel 70bis: Betaling van de voorschotten

De verzekerde die recht heeft op de voordelen van de afdelingen 1, 2 en 2Bis – Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus – , zonder enige beperking van de tegemoetkoming, zal aanspraak kunnen maken op de terugbetaling door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van de wettelijke voorschotten, gestort aan het ziekenhuis, ten vroegste bij het begin van de betrokken ziekenhuisopname, dit op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis en mits naleving van de artikels 64, 1° en 2°.

Deze terugbetaling wordt toegekend aan de effectieve verzekerden of aan iedere persoon die in het bezit is van een schriftelijke volmacht, vanaf de ontvangst van bovenvermeld bewijsstuk.

Indien achteraf zou blijken dat de in de afdelingen 1, 2 en 2Bis vastgestelde voordelen niet toegekend worden door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, overeenkomstig de statutaire regels, dan zal de verzekerde het bedrag van de gestorte voorschotten moeten terugbetalen aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en als hij het opgeëiste te veel geïnde bedrag niet terugbetaalt, zal hij een forfaitair bedrag van 15 euro moeten betalen voor de rappelkosten, zoals bepaald in artikel 9. Dit forfaitaire bedrag zal ook van toepassing zijn als zou blijken dat het bedrag van de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand terug te betalen factuur lager is dan het betaalde voorschot of als de verzekerde zijn factuur niet voorlegt.

Artikel 71

De tegemoetkomingsdossiers die meer bepaald de in artikel 70 beoogde stukken omvatten, alsook ieder ander document betreffende de terugbetaling, worden gedurende 3 jaar bijgehouden in de zetel van het controlepunt, zoals beschreven in artikel 163 van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 72: Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden van de verzekerden voor de verschillende diensten die georganiseerd worden door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kunnen en mogen enkel gewijzigd worden overeenkomstig de wetteksten die van toepassing zijn op de ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van de bijlage 1 van de wet van 13 maart 2016, alsook op de diensten die bedoeld zijn om een bijkomende dekking aan te bieden voor de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van bijlage 1 van bovenvermelde wet.

De premies kunnen ook naargelang van de verschillende belastingen van toepassing verhoogd worden.

Afdeling 1: Hospitalia

Artikel 73: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

In het kader van de verzekering Hospitalia, voorziet de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in tegemoetkomingen voor de volgende gevallen:

a) ziekenhuisopname in België;

b) thuisbevalling in België;

c) daghospitalisatie in België;

d) ziekenhuisopname in het buitenland;

e) vóór- en nazorg in België;

f) verblijf na het verlaten van het ziekenhuis in België;

dit volgens de in onderstaande artikels beschreven bepalingen.

De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, in het kader van afdeling 1, wordt beperkt tot 25.000 euro per verzekerde en per kalenderjaar waarin de verstrekkingen die recht geven op deze tegemoetkoming, uitgevoerd werden.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zal, in geval van verblijf in een dienst 30 (geriatrie) en in de diensten 61 tot 66 (specialiteiten) een tegemoetkoming toekennen naar rata van ten hoogste de eerste 50 dagen per hospitalisatiegeval in al deze diensten, zelfs bij een overgang van de ene dienst naar de andere.

Bij een nieuwe ziekenhuisopname in een dienst 30 of 61 tot 66, zal de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand slechts een tegemoetkoming toekennen voor zover er een termijn van minimum 6 kalenderdagen verstreken is sedert het einde van de vorige ziekenhuisopname. Is deze termijn evenwel nog niet verstreken, dan zal de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toekennen voor het saldo van de 50 dagen, waarvoor nog geen terugbetaling toegekend werd tijdens de vorige ziekenhuisopname.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent bij een verblijf in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 in België slechts een tegemoetkoming toe voor ten hoogste 20 dagen per jaar.

In dit geval, zullen de terugbetalingen in de punten 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 9°, 10° en 11° van artikel 74 en in artikel 74bis, in verhouding staan tot de dagen die rechtstreeks ten laste genomen werden.

Artikel 74: Ziekenhuisopname in België

In geval van ziekenhuisopname in België, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand bij een verblijf in een eenpersoonskamer een tegemoetkoming toe in de kosten die werkelijk gedragen werden tijdens de ziekenhuisopname door de verzekerde, en die vermeld staan in de patiëntenfactuur en honorariumnota, dit op de volgende wijze:

1° De terugbetaling van het aangerekende kamersupplement in een eenpersoonskamer, naar rata van maximaal 80 euro per dag.

2° De terugbetaling van de kosten ten laste van de patiënt voor de farmaceutische producten, die terugbetaalbaar zijn in de Verplichte Verzekering.

3° De terugbetaling van de kosten ten laste van de patiënt voor de farmaceutische producten die niet terugbetaalbaar zijn in de Verplichte Verzekering, tot een bedrag van maximaal 1.200 euro, per hospitalisatiegeval.

Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die ‘evidence-based’ zijn. Als er kosten voor een bedrag van 2.500 euro of meer ten laste blijven van de patiënt, dan kan maximaal één keer per jaar een terugbetaling van 2.400 euro toegekend worden.

4° De terugbetaling van de persoonlijke aandelen, met inbegrip van het geneesmiddelenforfait - wettelijk ten laste van de rechthebbende - vermeld in de kolom ‘persoonlijk aandeel van de patiënt’ van de patiëntenfactuur en van de honorariumnota.

5° Een tegemoetkoming in de protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die terugbetaalbaar zijn in de Verplichte Verzekering van 2.500 euro per hospitalisatiegeval. Deze tegemoetkoming wordt evenwel beperkt tot een maximumbedrag van 2.500 euro per hospitalisatiegeval.

6° Een tegemoetkoming in de protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen, die niet terugbetaald worden door de Verplichte Verzekering, gelijk aan 50% van het bedrag van de kosten, vermeld op de factuur, met een maximumbedrag van 1.250 euro per hospitalisatiegeval voor zover het

bedrag dat aangerekend wordt door het ziekenhuis geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een prothese, een implantaat of een niet-implanteerbaar medisch hulpmiddel.

Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die 'evidence-based' zijn. Als er kosten voor een bedrag van 10.000 euro of meer ten laste blijven van de patiënt, dan kan maximaal één keer per jaar een terugbetaling van 2.500 euro toegekend worden.

7° De terugbetaling van de honorariumsupplementen. Deze terugbetaling wordt evenwel beperkt tot 100% van het Overeenkomstentarief.

8° De terugbetaling van de begeleidingskosten van vader of moeder in de kamer van zijn/haar gehospitaliseerd kind, jonger dan 19 jaar, tot een maximumbedrag van 25 euro per dag.

9° De terugbetaling van de diverse kosten, tot een maximumbedrag van 6 euro per hospitalisatiedag.

10° De terugbetaling van steunkousen en/of steunkokers naar rata van 50% van het bedrag dat aangerekend wordt aan de patiënt.

11° De terugbetaling van de kosten die wettelijk ten laste zijn van de patiënt voor de andere leveringen, zoals bepaald in artikel 63, 11°. Die terugbetaling wordt evenwel beperkt tot 100% van het Overeenkomstentarief.

12° Er wordt een franchise van 150 euro per ziekenhuisopname toegepast in geval van een verblijf in een eenpersoonskamer in een ziekenhuis dat is opgenomen in de lijst, jaarlijks opgesteld, met ziekenhuizen waarop deze franchise van toepassing is .

Deze lijst is raadpleegbaar op www.hopitauxfranchise.be en in de Algemene voorwaarden. Daarin staan de ziekenhuizen die tot meer dan 200% honorariumsupplementen kunnen aanrekenen en geen overeenkomst tot beperking tot 200% hebben gesloten met MLOZ Insurance.

Er wordt geen franchise toegepast voor ziekenhuizen die zich in het kader van hun jaarlijkse verklaring ertoe verbinden voor het volledige kalenderjaar na de verklaring geen ereloonsupplementen van meer dan 200% aan te rekenen.

De lijst met ziekenhuizen die een franchise toepassen, wordt jaarlijks opgesteld op basis van een verklaring die alle ziekenhuizen op verzoek van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand moeten invullen.

De lijst zal een keer per jaar bijgewerkt worden, met toepassing op 1 januari. De lijst zal gecommuniceerd worden aan de verzekerde vooraleer de nieuwe jaarlijkse lijst van toepassing is.

De nieuwe lijst zal toegepast worden op alle gevallen van verzekering waarbij het begin van het verblijf samenvalt met of later valt dan de datum van inwerkingtreding van de nieuwe lijst.

Artikel 74bis: Ziekenhuisopname in België in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer

In geval van volledige ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer, in België, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een integrale tegemoetkoming toe in de kosten die betrekking hebben op de tegemoetkomingen voorzien in artikel 74 met uitzondering van punt 6° betreffende de protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen, die niet terugbetaald worden door de Verplichte Verzekering tot een maximumbedrag van 2.500 euro, per hospitalisatiegeval - op voorwaarde dat de verzekerde deze kosten werkelijk gedragen heeft, en zonder rekening te houden met de niet-gedekte verstrekkingen voorzien in artikel 65, 2°, 1e streepje. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent evenwel geen tegemoetkoming toe in telefoon- en televisiekosten, in de kosten van bloemen, drank en de ijskast. Telefoontjes naar betaalnummers blijven nochtans uitgesloten.

Van dit grensbedrag van 2.500 euro kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voor behandelingen die 'evidence-based' zijn op basis van het dossier, ingediend door de verzekerde.

Als de kosten van niet door de Verplichte Verzekering terugbetaalde protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen, oplopen tot 10.000 euro of meer ten laste van de patiënt, dan kan maximaal één terugbetaling van 5.000 euro toegekend worden per jaar.

Artikel 74ter: Ziekenhuisopname in België, dringend vervoer per ziekenwagen of helikopter

Wanneer een ziekenhuisopname of een daghospitalisatie in België terugbetaald wordt door Hospitalia, dan kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand ook een tegemoetkoming toe in de werkelijk gedragen kosten van het dringend vervoer (na oproep naar dienst 100 / 112) naar dit ziekenhuis, naar rata van maximum 500 euro per kalenderjaar, na iedere andere tegemoetkoming overeenkomstig artikel 66, 2°. Als blijkt dat deze ziekenhuisopname en dit dringend vervoer binnen de 24 uur voorafgegaan werden door een ander dringend vervoer 100/112 naar een ander ziekenhuis waar de verzekerde niet opgenomen werd, biedt Hospitalia eveneens een tegemoetkoming voor dit andere dringend vervoer volgens dezelfde voorwaarden.

Artikel 74quater: Verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis in België

1. Onder verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis, dient men te verstaan:

   - de raadplegingen en bezoeken, alsook de raadplegingen op afstand, van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2, punten A, B en C, D en E, artikel 37
   - de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde dringende verzorging: artikel 25, § 3bis van de nomenclatuur
   - de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, punt I
   - de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter en 17quater
   - de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikels 18 en 19
   - de interne geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
   - de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
   - de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, A punt II, C punt I, artikel 24
   - de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
   - de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32
   - de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingsonkosten inbegrepen
   - de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7
   - de verpleegkundige verzorging : de volgende verstrekkingen van artikel 8: 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
   - de radio-isotopen
   - De psychologiesessies in de overeenkomst tussen het RIZIV en het netwerk voor geestelijke gezondheid voor volwassenen in verband met het creëren van een aanbod voor eerstelijns psychologische zorg
   - De teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater beoogd door de tijdelijke verstrekkingen in het kader van COVID-19

   die ambulant worden uitgevoerd tijdens de periode van 30 dagen voorafgaand aan een ziekenhuisopname en voor zover de verzorging die verstrekt werd in België, rechtstreeks verband houdt met de ziekenhuisopname die volgde.

Voor de codes in verband met psychologiesessies, teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, psychotherapie en kinder- en jeugdpsychiatrie die hierboven zijn vermeld, kent de Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand enkel een tegemoetkoming toe vóór een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48.

De verzorging vóór de ziekenhuisopname wordt uitgesloten vóór een verblijf in een dienst 30 (geriatrie) en in de diensten 61 tot 66 (specialiteiten), met uitzondering van de ambulante verzorging in de dienst spoedgevallen. De verzorging vóór een thuisbevalling is uitgesloten.

De verzorging vóór een ziekenhuisopname in verband met een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 dekt enkel de verstrekkingen die hierboven zijn opgenomen onder de beschrijving 'psychologiesessies, teleconsultatie en psychiatrie'.

2. De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt de dekking van de remgelden en de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100% van het Overeenkomstentarief voor de verzorging beoogd in lid 1 van dit artikel, rekening houdend met de hiertoe vastgestelde beperkingen en op voorwaarde dat zij ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor bovenvermelde hospitalisatie, overeenkomstig de artikels 74, 74bis, 76 en 77.

3. De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt tevens de dekking van 100% van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de, in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare, farmaceutische producten en magistrale bereidingen, wanneer die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 30 dagen voorafgaand aan een ziekenhuisopname, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.

4. Tegemoetkomingsregel

   De tegemoetkomingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand worden enkel toegekend overeenkomstig de regels die van toepassing zijn in de nomenclatuur en voor zover de verzekerde het bewijs kan leveren van de betaling van deze persoonlijke aandelen.

   De kwitantie van de verplichte verzekering die afgeleverd wordt door het ziekenfonds, dient als geldig document om de terugbetaling te bekomen van de persoonlijke aandelen die ten laste van de verzekerde blijven na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

5. Cumulatie van de dekkingen

   Indien de periode van 30 dagen, voorafgaand aan de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand ten laste genomen ziekenhuisopname samenvalt met een periode van nazorg, zoals bepaald door artikel 78 van deze statuten, dan heeft de verzekerde recht op de gunstigste terugbetaling.

Artikel 75: Thuisbevalling in België

In geval van thuisbevallingen kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een eenmalig forfait toe van 300 euro dat alle desbetreffende kosten moet dekken, met inbegrip van de in de artikels 74quater en 78 beoogde verzorging.

Artikel 75bis: geschrapt (01/04/2003)

(Endoscopisch en viscerosynthesemateriaal in een eenpersoonskamer)

Artikel 76: Daghospitalisatie in België

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent een terugbetaling toe voor de werkelijke kosten die betaald werden tijdens een daghospitalisatie op basis van artikels 74 en 74bis.

Artikel 77: Ziekenhuisopname in het buitenland

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland, bedraagt de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand maximum 200 euro per dag, voor de dekking van de werkelijke kosten, zoals deze beschreven staan in de artikels 74 en 74bis, zonder de beperkingen van het aantal dagen vermeld in artikel 73 te overschrijden, na de eventuele tegemoetkoming van de verplichte Belgische verzekering of van het land waar de ziekenhuisopname gebeurd was.

De tegemoetkomingen in het buitenland gelden ook voor studenten die, in het kader van hun studies, tijdelijk in het buitenland verblijven.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan, in het kader van haar tegemoetkomingen in het buitenland, een samenwerkingsakkoord sluiten met een buitenlandse instelling, met het oog op de toepassing van de derde betaler.

Artikel 78: Nazorg in België

Onder verzorging na het verlaten van het ziekenhuis, dient men de volgende verstrekkingen te verstaan:

- de raadplegingen en bezoeken, alsook de raadplegingen op afstand, van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2, punten A, B en C, D en E, artikel 37
- de technisch-medische handelingen: verstrekking van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, punt I
- de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter en 17quater
- de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikels 18 en 19
- de interne geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
- de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
- de fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22
- de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, A punt II, C punt I, artikel 24
- de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
- de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32
- de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingsonkosten inbegrepen
- de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7
- de verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8
- de logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36
- de radio-isotopen
- de hartrevalidatie
- de locomotorische revalidatie: algemene codes 776156 en 776171; specifieke codes 773791 – 773776 – 773872 – 773754 – 773673 – 773813 – 773614 – 773732
- de psychologiesessies in de overeenkomst tussen het RIZIV en het netwerk voor geestelijke gezondheid voor volwassenen in verband met het creëren van een aanbod voor eerstelijns psychologische zorg
- de teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater beoogd door de tijdelijke verstrekkingen in het kader van COVID-19
- de plaatsing van de Bahaprocessor

die ambulant worden uitgevoerd binnen de periode van 90 dagen volgend op de ziekenhuisopname én voor zover de verzorging verstrekt werd in België én rechtstreeks verband houdt met deze ziekenhuisopname.

Voor de codes in verband met psychologiesessies, teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, psychotherapie en kinder- en jeugdpsychiatrie die hierboven zijn vermeld, kent de Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand enkel een tegemoetkoming toe na een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48.

De kinesitherapie-, fysiotherapie- en hartrevalidatiezittingen worden beperkt tot 20 voor het geheel van die 3 soorten van verstrekkingen en moeten uitgevoerd zijn binnen de 90 dagen na de periode van ziekenhuisopname.

De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt de dekking van de remgelden, en de wettelijke honorariumsupplementen beperkt tot 100% van het Overeenkomstentarief, met betrekking tot de verzorging beoogd in lid 1, binnen de hierna vastgestelde perken en op voorwaarde dat de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toegekend heeft voor de beoogde ziekenhuisopname, overeenkomstig de artikels 74, 74bis, 76 en 77.

De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt tevens de dekking tegen 100% van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de farmaceutische producten en magistrale bereidingen die terugbetaalbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, wanneer zij het voorwerp uitmaken van een medisch voorschrift door een arts en afgeleverd werden binnen de 90 dagen na de ziekenhuisopname, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.

Onder de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand vallen ook spalken voor een maximumbedrag van 50 euro per ziekenhuisopname, wanneer ze voorgeschreven werden door een arts en ze binnen de 90 dagen na de ziekenhuisopname werden afgeleverd, op voorwaarde dat ze rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.

Nazorg is uitgesloten, na een verblijf in de diensten 61 tot 66 (specialiteiten), alsook na een thuisbevalling.

De verzorging na een ziekenhuisopname in verband met een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 dekt enkel de verstrekkingen die hierboven zijn opgenomen onder de beschrijving ‘psychologiesessies, teleconsultatie en psychiatrie’.

De terugbetaling van de Bahaprocessor in de periode na de ziekenhuisopname wordt afhankelijk gemaakt van de voorwaarde dat al een eerste Baha-elektrode geplaatst is en terugbetaald werd door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand tijdens een ziekenhuisopname of een daghospitalisatie.

Artikel 78bis: Verblijf na het verlaten van het ziekenhuis in België

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent een forfaitair bedrag van 7,50 euro per dag toe voor elk tijdelijk verblijf in een herstelhotel of een zorghotel.

De tegemoetkoming wordt toegekend voor zover het tijdelijke verblijf begonnen is binnen de 14 dagen na het verlaten van het ziekenhuis. De tegemoetkoming wordt beperkt tot 15 dagen per kalenderjaar.

Artikel 78ter: Waarborg ‘Zware Ziektes’ (in optie)

Deze waarborg is optioneel en er kan bij aangesloten worden als aanvulling bij Hospitalia, Hospitalia Medium of Hospitalia Plus.

1. Wanneer zich één van de volgende 31 zware ziektes voordoet:

   kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Alzheimer, aids, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encefalitis, tetanos, mucoviscidose, 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)

dan kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe in de kosten van de geneeskundige verzorging vermeld in onderstaand punt 2., voor zover deze verzorging:

- rechtstreeks verband houdt met de door de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aanvaarde zware ziekte, en voor zover de diagnose van deze zware ziekte niet gesteld werd vóór de aansluiting bij de Waarborg 'Zware Ziektes';
- medisch noodzakelijk is, verstrekt en voorgeschreven wordt door een arts en opgenomen is in de nomenclatuur;
- toegediend werd in België tijdens de periode van de erkenning van de zware ziekte, zoals deze aanvaard werd door de Medische Adviseur.

2. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent een tegemoetkoming toe in de volgende kosten:
   - naar rata van de remgelden en van de honorariumsupplementen, beperkt tot 100% van het Overeenkomstentarief, in de volgende kosten:
     - de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2, punten A, B, C, D en E
     - de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, punt I
     - de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter en 17quater
     - de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikels 18 en 19
     - de interne geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
     - de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
     - de fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22
     - de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, A punt II, C punt I, artikel 24
     - de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg: artikel 25, § 3bis
     - de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
     - de bandagisterie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27
     - de orthopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29
     - de optiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 30
     - de akoustiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 31
     - de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32
     - de genetiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 33
     - de speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11
     - de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7
     - de verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8
     - de logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36
     - de radio-isotopen
     - de hartrevalidatie

- naar rata van de prijs die de patiënt in werkelijkheid betaald heeft voor de allopatische farmaceutische producten, de magistrale bereidingen en de pruiken (haarprotheses) op medisch voorschrift, indien tegemoetkoming van de Ziekteverzekering
- in de huur van medisch materiaal, na een mogelijke tegemoetkoming Aanvullende Verzekering.

3. Deze kosten worden terugbetaald tot een maximumplafond van 7.000 euro per jaar.
4. Tegemoetkomingsvoorwaarden

Om aanspraak te kunnen maken op deze waarborg, moet de verzekerde het akkoord van de Medische Adviseur van MLOZ Insurance vragen. Hij zal de verzekerde een attest van een arts overhandigen, waarin de diagnose en de datum van 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 hiervan zal de Medische Adviseur van MLOZ Insurance het genot van de waarborg aanvaarden of weigeren voor een periode van één jaar per zware ziekte. Deze periode begint te lopen vanaf de datum van de diagnose van de zware ziekte, op voorwaarde dat er niet meer dan 3 jaar verstreken is tussen de datum van de diagnose van de zware ziekte en de datum van de aanvraag voor de Waarborg 'Zware Ziektes'. Als er een periode van 3 jaar of meer verstreken is tussen de datum van de diagnose van de zware ziekte en de datum van de aanvraag voor de Waarborg 'Zware Ziektes', zal er maximaal 3 jaar in aanmerking genomen worden vanaf de datum van de aanvraag voor de Waarborg 'Zware Ziektes' om de begindatum van het akkoord voor de Waarborg 'Zware Ziektes' te bepalen. Het akkoord kan per periode van één jaar vernieuwd worden voor dezelfde ziekte, al dan niet onmiddellijk na de eerste periode. Voor ongeneeslijke zware ziektes (ziekte van Parkinson, ziekte van Alzheimer, aids, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, mucoviscidose, ziekte van Crohn, levercirrose ingevolge hepatitis, sclerodermie met aantasting van de organen, diabetes type I, rectocolitits ulcerosa, ziekte van Pompe, ziekte van Creutzfeldt-Jakob, nierinsufficiëntie waardoor men niet zonder dialyse kan, orgaantransplantatie met uitzondering van hoornvlies- en huidtransplantatie) zal de Waarborg 'Zware Ziektes' levenslang toegekend worden.

Indien de Medische Adviseur van MLOZ Insurance 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 datum van de diagnose van de zware ziekte, op voorwaarde dat er niet meer dan 3 jaar verstreken is tussen de datum van de diagnose en de datum van de aanvraag voor de Waarborg 'Zware Ziektes'. Als er een periode van 3 jaar of meer verstreken is tussen de datum van de diagnose van de zware ziekte en de datum van de aanvraag voor de Waarborg 'Zware Ziektes', zal er maximaal 3 jaar in aanmerking genomen worden vanaf de datum van de aanvraag voor de Waarborg 'Zware Ziektes' om de begindatum van het akkoord voor de Waarborg 'Zware Ziektes' te bepalen..
- Wordt de termijn niet nageleefd, dan begint de waarborg, in geval van medische aanvaarding te lopen op de dag na de datum van het akkoord.
- 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 zal worden door de Waarborg 'Zware Ziektes'.

Afdeling 2: Hospitalia Medium

Artikel 79: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorziet in het kader van de verzekering Hospitalia Medium, in tegemoetkomingen voor de volgende gevallen:

a) ziekenhuisopname in België;

b) daghospitalisatie in België;

c) thuisbevalling in België;

d) ziekenhuisopname in het buitenland;

e) verzorging na het verlaten van het ziekenhuis en/of vóór de ziekenhuisopname in België;

f) verblijf na het verlaten van het ziekenhuis in België;

g) Hospitalia Assist

dit volgens de in onderstaande artikels beschreven bepalingen.

Er is (noch in duur), noch in jaarbedrag een limiet bepaald voor de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in het kader van afdeling 2, behalve bij verblijven in België in diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48, waarvoor de duur van de tegemoetkoming beperkt is tot maximum 50 dagen per jaar.

Er is een limiet bepaald tot 1.000 euro per jaar voor de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van artikel 67bis betreffende Hospitalia Assist.

Artikel 80: Ziekenhuisopname in België

In geval van ziekenhuisopname in België, in een eenpersoonskamer kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe in het kader van de verzekering Hospitalia Medium, in de kosten die de verzekerde in werkelijkheid gedragen heeft tijdens de ziekenhuisopname en die vermeld staan in de patiëntenfactuur en honorariumnota. Dit gebeurt als volgt:

1. De terugbetaling van de aangerekende kamersupplementen voor een eenpersoonskamer, dit tot een bedrag van maximaal 125 euro per dag.

2. De terugbetaling van de kosten ten laste van de patiënt voor de parafarmaceutische producten, naar rata van 250 euro per hospitalisatiegeval.

   Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die ‘evidence-based’ zijn. Als er kosten voor een bedrag van 5.000 euro of meer ten laste blijven van de patiënt, dan kan maximaal één keer per jaar een terugbetaling van 500 euro toegekend worden.

3. De terugbetaling van de kosten die wettelijk ten laste van de patiënt blijven voor de andere leveringen, zoals bepaald in artikel 63, 11°. Deze terugbetaling wordt evenwel beperkt tot *200%* van het Overeenkomstentarief.

   Voor de leveringen die geen aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe tot het bedrag van de aangerekende prijs.

4. Implantaten, protheses en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die terugbetaald worden door de Verplichte Verzekering.

   De terugbetaling van de kosten vermeld op de factuur die ten laste blijven van de patiënt voor de implantaten, de protheses en de niet-implanteerbare medische hulpmiddelen tot het bedrag van de werkelijke prijs, aangerekend door het ziekenhuis, voor zover het bedrag dat het ziekenhuis aanrekent, geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een implantaat, een prothese of een niet-implanteerbaar medisch hulpmiddel.

5. Implantaten, protheses en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die niet terugbetaald worden door de Verplichte Verzekering.

   De terugbetaling van de kosten vermeld op de factuur die ten laste blijven van de patiënt voor de implantaten, protheses en de niet-implanteerbare medische hulpmiddelen naar rata van 5.000 euro, per hospitalisatiegeval, op basis van de werkelijke prijs die aangerekend wordt door het ziekenhuis voor zover

het door het ziekenhuis gefactureerde bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een implantaat, een prothese of een niet-implanteerbaar medisch hulpmiddel.

Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die 'evidence-based' zijn. Als er kosten voor een bedrag van 10.000 euro of meer ten laste blijven van de patiënt, dan kan maximaal één keer per jaar een terugbetaling van 10.000 euro toegekend worden.

6. De terugbetaling van de honorariumsupplementen. Deze terugbetaling wordt evenwel beperkt tot 200% van het Overeenkomstentarief.

7. De terugbetaling van honoraria die niet terugbetaald worden door de Verplichte Verzekering, tot een maximumbedrag van 1.000 euro per hospitalisatiegeval.

8. De terugbetaling van de begeleidingskosten van de vader of de moeder in de kamer van een gehospitaliseerd kind, jonger dan 19 jaar.

9. De terugbetaling van steun- en/of compressiekousen naar rata van het aangerekende bedrag aan de patiënt.

10. De terugbetaling van de kosten ten laste van de patiënt voor de farmaceutische producten die niet terugbetaald worden door de Verplichte Verzekering, naar rata van maximaal 1.200 euro per hospitalisatiegeval.

    Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die 'evidence-based' zijn. Als er kosten voor een bedrag van 2.500 euro of meer ten laste blijven van de patiënt, dan kan maximaal één keer per jaar een terugbetaling van 2.400 euro toegekend worden.

11. De terugbetaling van de kosten ten laste van de patiënt voor de farmaceutische producten, die terugbetaalbaar zijn in de Verplichte Verzekering.

12. De terugbetaling van de persoonlijke aandelen, met inbegrip van het geneesmiddelenforfait – wettelijk ten laste van de rechthebbende – vermeld in de kolom 'persoonlijk aandeel van de patiënt' van de patiëntenfactuur en van de honorariumnota.

13. Er wordt een franchise van 150 euro per ziekenhuisopname toegepast in geval van een verblijf in een eenpersoonskamer in een ziekenhuis dat is opgenomen in de lijst, jaarlijks opgesteld, met ziekenhuizen waarop deze franchise van toepassing is .

    Deze lijst is raadpleegbaar op www.hopitauxfranchise.be en in de Algemene voorwaarden. Daarin staan de ziekenhuizen die tot meer dan 200% honorariumsupplementen kunnen aanrekenen en geen overeenkomst tot beperking tot 200% hebben gesloten met MLOZ Insurance.

    Er wordt geen franchise toegepast voor ziekenhuizen die zich in het kader van hun jaarlijkse verklaring ertoe verbinden voor het volledige kalenderjaar na de verklaring geen ereloonsupplementen van meer dan 200% aan te rekenen.

    De lijst met ziekenhuizen die een franchise toepassen, wordt jaarlijks opgesteld op basis van een verklaring die alle ziekenhuizen op verzoek van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand moeten invullen.

    De lijst zal een keer per jaar bijgewerkt worden, met toepassing op 1 januari. De lijst zal gecommuniceerd worden aan de verzekerde vooraleer de nieuwe jaarlijkse lijst van toepassing is.

    De nieuwe lijst zal toegepast worden op alle gevallen van verzekering waarbij het begin van het verblijf samenvalt met of later valt dan de datum van inwerkingtreding van de nieuwe lijst.

Artikel 80bis: Ziekenhuisopname in België in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer

In geval van volledige ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer in België, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een integrale tegemoetkoming toe in de kosten die de verzekerde in werkelijkheid gedragen heeft tijdens de ziekenhuisopname, overeenkomstig artikel 80, dit zonder rekening te houden met de uitgesloten tandimplantaten en tandprotheses bepaald in artikel 65, 2°, 3de paragraaf, 2e streepje. De grensbedragen, beoogd in de punten 2, 5 en 10 van artikel 80 blijven evenwel behouden.

Artikel 80ter: Ziekenhuisopname in België, dringend vervoer per ziekenwagen of helikopter

Wanneer een ziekenhuisopname of een daghospitalisatie in België terugbetaald wordt door Hospitalia Medium, dan kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand ook een tegemoetkoming toe in de werkelijk gedragen kosten van het dringend vervoer (na oproep naar dienst 100 / 112) naar dit ziekenhuis, naar rata van maximum 500 euro per kalenderjaar, na iedere andere tegemoetkoming overeenkomstig artikel 66, 2°. Als blijkt dat deze ziekenhuisopname en dit dringend vervoer binnen de 24 uur voorafgegaan werden door een ander dringend vervoer 100/112 naar een ander ziekenhuis waar de verzekerde niet opgenomen werd, biedt Hospitalia Medium eveneens een tegemoetkoming voor dit andere dringend vervoer volgens dezelfde voorwaarden.

Artikel 80quater: Ziekenhuisopname in België: verblijf in een opvangtehuis en kraamzorg na de ziekenhuisopname

1. Er zal een tegemoetkoming van 7 euro per dag toegekend worden ten gunste van de begeleider die in een opvangtehuis van een ziekenhuis of in een zorghotel verbleef tijdens de ziekenhuisopname van de verzekerde.
2. Tegemoetkoming in de kraamzorg, na de ziekenhuisopname, naar rata van 20 euro per dag, gedurende maximum 7 dagen per bevalling die wordt terugbetaald door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, te rekenen vanaf de dag die volgt op de datum waarop de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft.

Artikel 81: Daghospitalisatie in België

De kosten die werkelijk gedragen werden tijdens de daghospitalisatie, worden integraal terugbetaald door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand op basis van artikel 80, met uitsluiting van de tegemoetkomingen, vermeld in de punten 1 en 6 van dit artikel 80, waarvoor de tegemoetkoming:

- maximaal 80 euro per dag bedraagt voor de supplementen in een eenpersoonskamer
- maximaal 100% van het Overeenkomstentarief bedraagt voor de terugbetaling van de ereloonsupplementen

en op basis van artikel 80bis.

Artikel 81bis: Thuisbevalling in België

In geval van thuisbevalling, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in het kader van de verzekering Hospitalia Medium, een eenmalig forfait toe van 700 euro om de desbetreffende kosten te dekken, met inbegrip van de in de artikels 80quater, 83 en 84 beoogde verzorging.

Artikel 82: Ziekenhuisopname in het buitenland

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland neemt Hospitalia Medium de kosten ten laste, die nog ten laste blijven van de verzekerde, dit naar rata van maximum 360 euro per dag. Deze tegemoetkoming is bedoeld om de werkelijke kosten te dekken zoals deze beschreven staan in de artikels 80 en 80bis, zonder de beperkingen van het aantal dagen vermeld in artikel 79 te overschrijden, na de eventuele tegemoetkoming van de verplichte Belgische verzekering of van het land waar de ziekenhuisopname gebeurd was.

De tegemoetkomingen in het buitenland gelden ook voor studenten die, in het kader van hun studies, tijdelijk in het buitenland verblijven.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan, in het kader van haar tegemoetkomingen in het buitenland, een samenwerkingsakkoord sluiten met een buitenlandse instelling, met het oog op de toepassing van de derde betaler.

Artikel 83: Verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis in België

1. Onder verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis, dient men te verstaan:

   - de raadplegingen en bezoeken, alsook de raadplegingen op afstand, van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2, punten A, B en C, D en E, artikel 37
   - de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde dringende verzorging: artikel 25, § 3bis van de nomenclatuur
   - de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, punt I
   - de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter en 17quater
   - de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikels 18 en 19
   - de interne geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
   - de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
   - de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, A punt II, C punt I, artikel 24
   - de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
   - de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32
   - de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingsonkosten inbegrepen
   - de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7
   - de verpleegkundige verzorging : de volgende verstrekkingen van artikel 8: 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
   - de radio-isotopen
   - de psychologiesessies in de overeenkomst tussen het RIZIV en het netwerk voor geestelijke gezondheid voor volwassenen in verband met het creëren van een aanbod voor eerstelijns psychologische zorg
   - de teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater beoogd door de tijdelijke verstrekkingen in het kader van COVID-19

   die ambulant worden uitgevoerd tijdens de periode van 60 dagen voorafgaand aan een ziekenhuisopname en voor zover de verzorging die verstrekt werd in België, rechtstreeks verband houdt met de ziekenhuisopname die volgde.

   Voor de codes in verband met psychologiesessies, teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, psychotherapie en kinder- en jeugdpsychiatrie die hierboven zijn vermeld, kent de Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand enkel een tegemoetkoming toe vóór een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48.

   De verzorging vóór de ziekenhuisopname wordt uitgesloten vóór een verblijf in een dienst 30 (geriatrie) en in de diensten 61 tot 66 (specialiteiten), met uitzondering van de ambulante verzorging in de dienst spoedgevallen. De verzorging vóór de ziekenhuisopname is ook uitgesloten vóór een thuisbevalling.

De verzorging vóór een ziekenhuisopname in verband met een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 dekt enkel de verstrekkingen die hierboven zijn opgenomen onder de beschrijving 'psychologiesessies, teleconsultatie en psychiatrie'.

2. De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt de dekking van de remgelden en de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100% van het Overeenkomstentarief voor de verzorging beoogd in lid 1 van dit artikel, rekening houdend met de hiertoe vastgestelde beperkingen en op voorwaarde dat zij ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor bovenvermelde hospitalisatie, overeenkomstig de artikels 80, 80bis, 81 en 82 en dat de diensten binnen 60 dagen voorafgaand aan de ziekenhuisopname zijn verleend en rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.

3. De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt tevens de dekking van 100% van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de, in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare, farmaceutische producten en magistrale bereidingen, wanneer die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 60 dagen voorafgaand aan een ziekenhuisopname, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.

4. Tegemoetkomingsregel

   De tegemoetkomingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand worden enkel toegekend overeenkomstig de regels die van toepassing zijn in de nomenclatuur en voor zover de verzekerde het bewijs kan leveren van de betaling van deze persoonlijke aandelen.

   De kwitantie van de verplichte verzekering die afgeleverd wordt door het ziekenfonds, dient als geldig document om de terugbetaling te bekomen van de persoonlijke aandelen die ten laste van de verzekerde blijven na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

5. Cumulatie van de dekkingen

   Indien de periode van 60 dagen, voorafgaand aan de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand ten laste genomen ziekenhuisopname samenvalt met een periode van nazorg, zoals bepaald door artikel 84 van deze statuten, dan heeft de verzekerde recht op de gunstigste terugbetaling.

Artikel 84: Nazorg in België

De verzekering Hospitalia Medium voor de nazorg houdt het volgende in:

1. Onder nazorg, dient men te verstaan:

   - de raadplegingen en bezoeken, alsook de raadplegingen op afstand, van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2, punten A, B en C, D en E, artikel 37
   - de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, punt I
   - de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter en 17quater
   - de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikels 18 en 19
   - de interne geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
   - de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
   - de fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22
   - de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, A punt II, C punt I, artikel 24
   - de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
   - de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32
   - de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingsonkosten inbegrepen

- de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7
- de verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8
- de logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36
- de radio-isotopen
- de hartrevalidatie
- de locomotorische revalidatie: algemene codes 776156 en 776171; specifieke codes 773791 – 773776 – 773872 – 773754 – 773673 – 773813 – 773614 – 773732
- de psychologiesessies in de overeenkomst tussen het RIZIV en het netwerk voor geestelijke gezondheid voor volwassenen in verband met het creëren van een aanbod voor eerstelijns psychologische zorg
- de teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater beoogd door de tijdelijke verstrekkingen in het kader van COVID-19

die ambulant uitgevoerd worden tijdens de periode van 180 dagen die volgt op een ziekenhuisopname, dit onverminderd punt 5 van dit artikel en voor zover de verstrekte verzorging in België rechtstreeks verband houdt met die ziekenhuisopname.

Voor de codes in verband met psychologiesessies, teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, psychotherapie en kinder- en jeugdpsychiatrie die hierboven zijn vermeld, kent de Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand enkel een tegemoetkoming toe na een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48.

- de plaatsing van de Bahaprocessor

die ambulant uitgevoerd wordt tijdens de periode van 90 dagen die volgt op een ziekenhuisopname, voor zover de verzorging in België verstrekt werd en rechtstreeks verband houdt met de ziekenhuisopname.

De terugbetaling van de Bahaprocessor in de periode na de ziekenhuisopname is afhankelijk gemaakt van de voorwaarde dat een eerste Baha-elektrode al geplaatst is en terugbetaald werd door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand tijdens een ziekenhuisopname of een daghospitalisatie.

De verzorging na de ziekenhuisopname wordt uitgesloten na een verblijf in de diensten 61 tot 66 (specialiteiten), alsook na een thuisbevalling.

De nazorg verbonden met verzorging na een ziekenhuisopname in verband met een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 dekt enkel de verstrekkingen die hierboven zijn opgenomen onder de beschrijving ‘psychologiesessies, teleconsultatie en psychiatrie’.

2. De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt de dekking van de remgelden, en de wettelijke honorariumsupplementen, beperkt tot 100% van het Overeenkomstentarief, met betrekking tot de in lid 1 van dit artikel beoogde verzorging, op voorwaarde dat de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de ziekenhuisopname die voorafgaat, overeenkomstig de artikels 80, 80bis, 81 en 82 en op voorwaarde dat de verstrekkingen uitgevoerd werden binnen de 180 dagen na de ziekenhuisopname, én dat die verstrekkingen rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.
3. De tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beoogt tevens de dekking van 100% van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de, in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare, farmaceutische producten en magistrale bereidingen, voor zover die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden binnen de 180 dagen na de ziekenhuisopname, voor zover zij rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.
4. Onder de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand vallen ook spalken, tot een maximumbedrag van 50 euro 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.

5. Tegemoetkomingsvoorwaarden

   De kinesitherapie-, fysiotherapie-, hart- en locomotorische revalidatiezittingen 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.

6. Tegemoetkomingsregels

   De tegemoetkomingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand worden enkel toegekend, overeenkomstig de toepassingsregels in de nomenclatuur en voor zover de verzekerde het bewijs kan leveren van de betaling van zijn persoonlijke aandelen.

   De door het ziekenfonds afgeleverde kwitantie van de verplichte verzekering dient als geldig document voor het bekomen van de terugbetaling van de persoonlijke aandelen die ten laste van de verzekerde blijven, na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

7. Cumulatie van de dekkingen

   Indien de periode van nazorg die ten laste genomen wordt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand samenvalt met een periode van verzorging vóór een verblijf in het ziekenhuis, zoals bepaald door artikel 83 van deze statuten, dan heeft de verzekerde recht op de gunstigste terugbetaling. In dit geval, wordt de periode van nazorg verlengd tot 180 dagen na de laatste ziekenhuisopname.

Artikel 84bis: Verblijf na het verlaten van het ziekenhuis in België

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent, bij wijze van toeslag bovenop het forfait dat toegekend wordt in het kader van de verzekering 'Hospitalia', nog een forfaitair bedrag van 7,50 euro per dag toe voor elk tijdelijk verblijf in een herstelhotel of zorghotel.

De tegemoetkoming wordt toegekend voor zover het verblijf aangevat werd binnen de 14 dagen, volgend op de datum waarop de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft. De tegemoetkoming wordt beperkt tot 15 dagen per kalenderjaar.

Artikel 85: Waarborg zware ziektes (in optie)

De tegemoetkomingen voorzien in deze optionele waarborg, worden bepaald in artikel 78ter.

Afdeling 2Bis: Hospitalia Plus

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorziet in het kader van de verzekering Hospitalia Plus, in dezelfde tegemoetkomingen als in Afdeling 2 voor de verzekering Hospitalia Medium, behalve voor de volgende punten.

In geval van ziekenhuisopname in België, in een eenpersoonskamer kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe in het kader van de verzekering Hospitalia Plus, zoals vermeld in artikel 80, behalve voor de volgende punten:

3. De terugbetaling van de kosten die wettelijk ten laste van de patiënt blijven voor de andere leveringen, zoals bepaald in artikel 63, 11°. Deze terugbetaling wordt evenwel beperkt tot 300% van het Overeenkomstentarief.

   Voor de leveringen die geen aanleiding geven tot een wettelijke tegemoetkoming, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe tot het bedrag van de aangerekende prijs.

6. De terugbetaling van de honorariumsupplementen. De terugbetaling wordt echter beperkt tot 300% van het Overeenkomstentarief.

Afdeling 3: Hospitalia Ambulant

Artikel 86: territoriale draagwijdte

De in de artikels 89 tot 91 opgesomde verstrekkingen zijn verzekerd, voor zover zij in België voorgeschreven en verstrekt werden. De aankoop van materiaal beoogd in artikel 91.2 en 3 moet worden gedaan in de landen van de Europese Unie.

Artikel 87: Therapeutische vrijheid

De verzekerde mag zijn arts, tandarts of apotheker vrij kiezen, op voorwaarde dat zij wettelijk gemachtigd zijn om een praktijk te beoefenen.

Artikel 88: Terugbetalingsvoorwaarden

De ambulante verzorging wordt enkel terugbetaald op voorwaarde dat de curatieve aard ervan erkend is en dat zij voorgeschreven werd door een arts.

Artikel 89: Medische honoraria – Raadplegingen – Huisbezoeken – Technische verstrekkingen

Buiten een periode van hospitalisatie of van daghospitalisatie betaalt de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand terug:

- de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2, punten A, B, C, D en E
- de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, punt I
- de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter en 17quater
- de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikels 18 en 19
- de interne geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
- de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
- de fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22
- de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3, § 1, A punt II, C punt I, artikel 24
- de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg: artikel 25, § 3bis
- de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
- de bandagisterie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27
- de orthopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29
- de optiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 30
- de akoustiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 31
- de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32
- de genetiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 33
- de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingsonkosten inbegrepen
- de speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11
- de tandartsen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 5
- de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7

- de verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8
- de logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36
- de radio-isotopen
- de hartrevalidatie

indien er een tegemoetkoming is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voor een bedrag, gelijk aan 50% van het remgeld.

De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de medische codes van de officiële nomenclatuur die de zorgverstrekkers moeten aanbrengen op de aan de patiënten afgeleverde getuigschriften.

Voor de verzekerden bij dezelfde afdeling in de verplichte verzekering en voor de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand worden de tegemoetkomingen van die laatste vereffend na voorlegging van de getuigschriften voor verstrekte hulp, tegelijkertijd met de tegemoetkomingen toegekend in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de andere verzekerden worden de tegemoetkomingen betaald op basis van een fotokopie van de getuigschriften voor verstrekte hulp, met het originele bewijsstuk van de Z.I.V.-terugbetaling.

Artikel 90: Kosten voor geneesmiddelen buiten een periode van hospitalisatie

Indien voorgeschreven door een erkend geneesheer of tandarts, worden de farmaceutische producten en de magistrale bereidingen ten belope van 50% van de door de patiënt werkelijk betaalde prijs, terugbetaald. Worden door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand nooit terugbetaald:

- de homeopathische en diëtetische geneesmiddelen, alsook deze bestemd voor lichaamshygiëne;
- de niet-geneeskrachtige producten, verkocht in de apotheek zoals: voedingsmiddelen, dranken, zeep, zouten, tandpasta's, enz. ...;
- de fytotherapie.

De farmaceutische kosten worden door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand rechtstreeks terugbetaald, mits voorlegging van een 'Attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering van de apotheker', dat naar behoren ingevuld moet worden door de apotheker en medeondertekend moet worden door de verzekerde.

Artikel 91: Protheses

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent een tegemoetkoming toe met inachtneming van volgende limieten en voorwaarden:

1. Tandprotheses afgeleverd buiten een periode van hospitalisatie

   De protheses worden binnen de volgende limieten terugbetaald ongeacht of er al dan niet een wettelijke tussenkomst is:

   a) Volledige prothese

   - bovenste: maximum 500 euro met een hernieuwingstermijn vastgesteld op 5 jaar;
   - onderste: maximum 500 euro met een hernieuwingstermijn vastgesteld op 5 jaar.

   b) Gedeeltelijke prothese

   De tussenkomst van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand wordt beperkt tot 250 euro per kalenderjaar.

   c) Andere protheses zoals

Bruggen, stifttanden, kronen, aanhechting van tanden op een bestaande prothese: maximum 250 euro per kalenderjaar.

2. Oogprotheses

   Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming is, worden de glazen, contactlenzen, intraoculaire lenzen en heelkundige correcties (correcties van het gezichtsvermogen – keratotomie, laserbehandelingen), met uitsluiting van monturen en zonnebrillen, terugbetaald ten belope van maximaal 250 euro per kalenderjaar.

3. Andere

   Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming is, blijft de tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beperkt tot ten hoogste 500 euro per kalenderjaar, voor de hoorapparaten, orthopedische zolen, pruiken, borstprotheses, beugels (dit is de medisch-orthopedische orthese op voorschrift) en tandimplantaten en tandbeugels, zonder zuiver esthetisch doel.

   Alle hierboven vermelde protheses worden rechtstreeks terugbetaald door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand mits voorlegging van een Hospitalia-formulier dat de benaming 'Protheses – Tegemoetkomingsaanvraag' draagt en dat naar behoren ingevuld moet worden door de zorgverlener en medeondertekend moet worden door de verzekerde. Voor de oogprotheses: de originele factuur van de opticien ook bijvoegen. Voor de andere protheses: de originele factuur van de prothesemaker en het geneeskundige voorschrift voor de hoorapparaten, orthopedische zolen, pruiken en borstprotheses ook bijvoegen.

Artikel 92: Cumulatie van terugbetalingen

De terugbetalingen die opgenomen zijn in Hospitalia Ambulant, mogen gecumuleerd worden met de terugbetalingen vóór een ziekenhuisverblijf en met de nazorg, zoals deze beschreven staan in de afdelingen 1, 2 en 2Bis van deze statuten, alsook met de terugbetalingen van de waarborg zware ziektes, zoals beschreven in artikels 78ter en 85. De eventuele terugbetaling kan nooit het bedrag van de gedekte waarborg overschrijden en zal a fortiori ook niet het bedrag kunnen overschrijden dat in werkelijkheid gefactureerd werd aan de verzekerde.

Afdeling 4: Forfait H

Artikel 93: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent tegemoetkomingen toe in de volgende gevallen:

a) ziekenhuisopname in België;

b) daghospitalisatie in België;

dit, overeenkomstig de bepalingen die opgenomen zijn in de volgende artikels.

Artikel 94: Ziekenhuisopname in België

Bij een ziekenhuisopname in België, kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe in de kosten die de verzekerde tijdens de ziekenhuisopname gedragen heeft, naar rata van een forfaitair bedrag per dag:

1° Dit forfaitaire bedrag wordt vastgesteld op 12,35 euro per dag ziekenhuisopname.

2° De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent bij een verblijf in een dienst 30 (geriatrie) en dienst 61 tot 66 (specialiteiten) slechts een tegemoetkoming toe naar rata van ten hoogste de eerste 25 dagen per hospitalisatiegeval.

   Wanneer er zich een nieuwe ziekenhuisopname voordoet in een dienst 30 of 61 tot 66, dan zal de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand slechts een tegemoetkoming toekennen, voor zover er

een termijn van minimum 6 kalenderdagen verstreken is sedert het einde van de vorige ziekenhuisopname. Is deze termijn nog niet verstreken, dan zal de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand evenwel een tegemoetkoming toekennen voor het tijdens de vorige ziekenhuisopname nog niet terugbetaalde saldo van de 25 dagen.

3° De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent bij een verblijf in een dienst 34 (psychiatrie – kinderen), 37 (neuropsychiatrie – dag en nacht) en 41 (psychiatrie – dag en nacht) en 48 (intensieve zorg in psychiatrie) een tegemoetkoming toe voor ten hoogste 10 dagen per jaar.

Artikel 95: Daghospitalisatie in België

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kent een tegemoetkoming toe overeenkomstig de bepalingen van artikel 94.

Afdeling 5: Hospitalia continuïteit

Artikel 96: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorziet in een tegemoetkoming in geval van:

a) ziekenhuisopname in België en in het buitenland

b) een daghospitalisatie in België

naar rata van maximum 50 euro per dag ziekenhuisopname en tot het bedrag van het saldo dat ten laste van de verzekerde blijft, na de tegemoetkoming van de hospitalisatieverzekering van zijn werkgever. De terugbetaling wordt berekend op basis van de afrekening van de tegemoetkoming van deze verzekering.

Afdeling 6: Dentalia Plus

Artikel 96bis: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorziet in een tegemoetkoming voor de volgende verstrekkingen:

1° De preventieve tandverzorging

Onder preventieve tandverzorging verstaat men het bucco-dentale onderzoek, het parodontale onderzoek waarbij de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI-test) bepaald wordt, de tandsteenverwijdering, het profylactisch reinigen, de verzegeling van groeven en putjes, de raadplegingen in het kabinet van een licentiaat tandheelkunde, een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift, een geneesheer-tandarts of een stomatoloog.

2° De curatieve tandverzorging

Onder curatieve tandverzorging verstaat men het trekken van tanden, de bewarende tandverzorging, de mondradiologie, de kleine mondchirurgie voorzien in artikel 14, l) van de bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes gevolgd worden door het '+'teken en de supplementen voor dringende technische verstrekkingen.

3° De parodontologie.

4° De tandprotheses en tandimplantaten.

5° De orthodontie.

Artikel 96ter: Territorialiteitsbeginsel

De verstrekkingen, vermeld in artikel 96bis, worden gedekt voor zover ze toegediend worden in België of op het grondgebied van het vasteland van de volgende aangrenzende landen: Frankrijk, Nederland, Duitsland en het Groothertogdom Luxemburg, door zorgverleners met een erkenning door de bevoegde autoriteiten van het betrokken land.

Artikel 96quater: Terugbetalingstarieven en jaarlijkse grensbedragen van de tegemoetkoming

1° Beginsel

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand betaalt het volgende terug in het kader van de verzekering Dentalia Plus

- voor de preventieve tandverzorging : 100% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde;
- voor de curatieve tandverzorging: 50% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde of 80% indien hij aan preventie gedaan heeft;
- voor de tandprotheses, de tandimplantaten en de parodontologie: 50% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde of 80% indien hij aan preventie gedaan heeft;
- voor de orthodontie: 60% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde.

Onder 'preventief gedrag' verstaat men het feit dat men een verstrekking tandzorg terugbetaald gekregen heeft in het kalenderjaar, voorafgaand aan de nieuwe terugbetalingsaanvraag.

2° Uitzonderingen

a) Tijdens het eerste aansluitingsjaar, wordt het terugbetalingstarief van de curatieve en parodontale zorg vastgesteld op 80% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde.

b) Het terugbetalingstarief van de curatieve zorg ten gunste van leden die 6 jaar of jonger zijn, wordt bepaald op 80% van het bedrag dat ten laste blijft.

3° Jaarlijkse tegemoetkomingsplafonds voor de terugbetaalde verstrekkingen

De tegemoetkoming wordt tot 350 euro per verzekerde beperkt tijdens het 1ste aansluitingsjaar, tot 650 euro per verzekerde tijdens het 2de aansluitingsjaar en tot 1.250 euro per verzekerde tijdens het 3de aansluitingsjaar en de volgende jaren.

Vanaf het derde aansluitingsjaar, zal de tegemoetkoming van de verzekering Dentalia Plus evenwel beperkt worden tot 1.050 euro per verzekerde, voor alle gecumuleerde verstrekkingen, geciteerd in de punten 3°, 4° en 5° van artikel 96bis.

Wanneer de verzekerde al gedekt is door een gelijkaardige tandzorgverzekering, dan wordt rekening gehouden met het aantal jaren aansluiting bij die verzekering voor de bepaling van het jaarplafond van 350, 650 of 1.250 euro.

De datum die gebruikt wordt om de begindatum van de grensbedragen te bepalen, is de aansluitingsdatum bij deze gelijkaardige verzekering.

Afdeling 6Bis: Medicalia

Artikel 96quinquies: Territoriale draagwijdte

De in deze afdeling opgesomde verstrekkingen zijn verzekerd, voor zover zij in België voorgeschreven en verstrekt werden.

De aankoop van materiaal kan gebeuren in de landen van de Europese Unie.

Artikel 96sexies: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

Buiten een periode van hospitalisatie of van daghospitalisatie voorziet de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand in een tegemoetkoming voor de volgende verstrekkingen:

1° Alternatieve therapieën

Behandelingen door logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten, psychologen, osteopaten, chiropractors, homeopaten, acupuncturisten, orthopedagogen voor zover deze verstrekkers, erkend zijn door het RIZIV, of voorkomen op de lijsten zoals gepubliceerd en gebruikt door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand en haar afdelingen.

De tegemoetkoming kan bekomen worden op basis van een volledig en correct ingevuld en ondertekend formulier 'Tegemoetkomingsaanvraag Medicalia' samen met de originele factuur voor de desbetreffende behandeling. De berekening van de tegemoetkoming zal gebeuren op basis van de originele factuur.

2° Wettelijke remgelden

- raadplegingen, bezoeken, adviezen en technische verstrekkingen van alle algemene geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2
- technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3
- kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7
- verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8
- vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9
- speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11
- medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter, 17quater
- radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 18
- inwendige geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
- dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
- fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22
- toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
- bandagisterie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27
- orthopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29
- logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36
- psychologie: verstrekkingen van de pseudo-nomenclatuur: omzendbrief VI nr 2019/59

Indien er een tegemoetkoming is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dan zal de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorzien in een extra tegemoetkoming.

De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de medische codes van de officiële nomenclatuur die de zorgverstrekkers moeten aanbrengen op de aan de patiënten afgeleverde getuigschriften.

Voor de verzekerden bij dezelfde afdeling in de verplichte verzekering en voor de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand worden de tegemoetkomingen van die laatste vereffend na voorlegging van de getuigschriften voor verstrekte hulp, tegelijkertijd met de tegemoetkomingen toegekend in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de andere verzekerden worden de tegemoetkomingen betaald op basis van een fotokopie van de getuigschriften voor verstrekte hulp, met het originele bewijsstuk van de Z.I.V.-terugbetaling.

3° Materiaal

a) Oogzorg:

- Corrigerende brillenglazen, contactlenzen, ooglaserbehandeling en keratotomie door een erkende oogarts voorgeschreven en binnen de 12 maanden na datum voorschrift gefactureerd en afgeleverd/uitgevoerd.
- Er is echter geen tegemoetkoming voor het montuur van een correctiebril, of voor het montuur en de glazen van een zonnebril (met of zonder correctie).

b) Hoorapparaten:

- Indien door een erkende neus-, keel-, oorarts voorgeschreven en binnen de 12 maanden na datum voorschrift gefactureerd en afgeleverd door een erkende audioloog: hoorapparaten, met uitzondering van cochleaire implantaten en hoorapparaten met beengeleiding (implantaat en (uitwendige) geluidsprocessor).
- Batterijen of andere toebehoren voor de hoorapparaten worden niet vergoed.

Ongeacht het al dan niet bestaan van een wettelijke tegemoetkoming, zal de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorzien in een (extra) tegemoetkoming op basis van een volledige en correct ingevuld en ondertekend formulier 'Tegemoetkomingsaanvraag Medicalia', samen met:

- ofwel het voorschrift van de erkende oogarts, desgevallend de erkende neus-, keel-, oorarts, vergezeld van een originele en gedetailleerde factuur van de erkende opticien of de erkende audioloog,
- ofwel de gestandaardiseerde documenten zoals voorzien binnen de verplichte verzekering, vergezeld van een originele en gedetailleerde factuur van de erkende opticien of de erkende audioloog.

De berekening van de tegemoetkoming zal gebeuren op basis van de aangeleverde bewijsstukken.

4° Geboorteforfait

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming voor de kosten met betrekking tot de bevalling voor zover het kind bij geboorte aangesloten is bij Medicalia.

De tegemoetkoming zal toegekend worden mits voorlegging van een geboorte-attest, afgeleverd door de bevoegde instanties.

Deze forfaitaire tegemoetkoming wordt éénmalig aan het kind uitgekeerd.

Voor alle voordelen die omschreven zijn in dit artikel, is het toegestaan bewijsstukken digitaal te bezorgen aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand met het oog op een tegemoetkoming in het kader van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. De digitale kopie moet van goede kwaliteit zijn (leesbaar) en conform aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand behoudt zich het recht voor het origineel op te vragen bij de verzekerde die het moet bewaren of die de eventuele kosten voor een duplicaat zal moeten dragen.

Artikel 96septies: Terugbetalingstarieven en jaarlijkse grensbedragen van de tegemoetkoming

1° Beginsel

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand betaalt het volgende terug in het kader van de verzekering Medicalia

- voor de alternatieve therapieën: 75% van het factuurbedrag dat ten laste is van de verzekerde (na aftrek in de verplichte en/of aanvullende verzekering) en dat betrekking heeft op één van de in artikel 96sexies 1° genoemde behandelingen en verstrekkers;
- voor de wettelijke remgelden: 75% van het remgeld (na aftrek van de tussenkomst van de aanvullende verzekering) voor de in artikel 96sexies 2° genoemde verstrekkingen;
- voor de materialen: indien voldaan werd aan de voorwaarden zoals vermeld in artikel 96sexies 3°, 75% van het factuurbedrag dat ten laste blijft van de verzekerde (na aftrek in de verplichte en/of

aanvullende verzekering) voor het verkrijgen van corrigerende brillenglazen, contactlenzen, ooglaserbehandeling en keratotomie of hoorapparaten;

- voor het geboorteforfait: het forfaitaire bedrag van 250 euro per kind.

2° Jaarlijkse tegemoetkomingsplafonds voor de terugbetaalde verstrekkingen

De tegemoetkoming voor de in artikel 96sexies aangehaalde verstrekkingen wordt tot 1.500 euro per verzekerde en per aansluitingsjaar beperkt.

Voor de tegemoetkomingen in het kader van de alternatieve therapieën (artikel 96sexies 1°) is er een beperking van 600 euro per verzekerde en per aansluitingsjaar.

Voor de tegemoetkomingen in het kader van de materialen (artikel 96sexies 3°) is er eveneens een beperking van 600 euro per verzekerde en per aansluitingsjaar.

Artikel 96octies: Cumulatie van terugbetalingen

De terugbetalingen die opgenomen zijn in Medicalia, mogen gecumuleerd worden met de terugbetalingen vóór een ziekenhuisverblijf en met de nazorg, zoals deze beschreven staan in de afdelingen 1, 2 en 2Bis – Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus - van deze statuten, alsook met de terugbetalingen van de Waarborg 'Zware Ziektes', zoals beschreven in de artikels 78ter en 85. De eventuele terugbetaling kan nooit het bedrag van de gedekte waarborg overschrijden en zal a fortiori ook niet het bedrag kunnen overschrijden dat in werkelijkheid gefactureerd werd aan de verzekerde.

Echter, de terugbetalingen die opgenomen zijn in Medicalia kunnen niet gecumuleerd worden met de terugbetalingen voorzien in Hospitalia Ambulant, zoals beschreven in afdeling 3 - Hospitalia Ambulant.

Afdeling 6ter: Dentalia Up

Artikel 96nonies: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorziet in een tegemoetkoming voor de volgende verstrekkingen:

1° De preventieve tandverzorging

Onder preventieve tandverzorging verstaat men, zoals de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die beschouwt, de volgende verstrekkingen aangerekend door een algemeen tandarts, een geneesheer-tandarts, een stomatoloog of een maxillofaciale chirurg (limitatieve lijst van zorgverleners): bucco-dentaal onderzoek, Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), tandsteenverwijdering (met inbegrip van het polijsten dat ermee gepaard gaat), profylactische reiniging, verzegeling van groeven en putjes en raadplegingen.

Orthodontie- en parodontologieverstrekkingen ongeacht de kwalificatie van de zorgverlener, zijn uitgesloten als preventieve tandverzorging zoals bedoeld in dit artikel.

2° De curatieve tandverzorging

Onder curatieve tandverzorging verstaat men:

1/ tandextractie;
2/ conserverende tandverzorging: verwijdering van tandbederf of een oude vulling ten gunste van een vulling die het oorspronkelijke volume van de behandelde tand vervangt om hem zijn functie terug te geven;
3/ endodontie: een specialiteit van de tandheelkunde die tot doel heeft het endodontium (pulpakamer en tandkanalen) te behandelen of te herbehandelen. Het doel van de behandeling is de afdichting van het gehele wortelkanaalstelsel (of ontzenuwing);

4/ kleine mondchirurgie zoals bepaald in artikel 63, 25° met uitsluiting van de hieronder vermelde hulpmiddelen die beschouwd worden als uitneembare tandprothesen:

- de hulpmiddelen in harde kunsthars die gebruikt worden voor de behandeling van pijn en/of disfunctie van het kaakstelsel en die tussen de tandbogen worden geplaatst;
- herpositioneringssystemen die in de maxillofaciale chirurgie worden gebruikt, met name die onder de code 317295-317306 worden geattesteerd;

5/ de volgende diagnostische tandverzorging:

- intrabuccale, extrabuccale en panoramische röntgenfoto's;
- dentale conebeams (CBCT) voor zover hun indicatie medisch noodzakelijk is

Diagnostische tandverzorging in het kader van orthodontische behandelingen, tandprotheses en tandimplantaten of parodontologie valt niet onder de curatieve tandverzorging in de zin van dit artikel.

3° De parodontologie

Onder parodontologie verstaat men: specialiteit van de tandheelkunde die tot doel heeft het parodontium (het weefsel dat de tanden ondersteunt, dus het tandvlees en het alveolaire bot) te behandelen om een goede parodontale gezondheid te garanderen die noodzakelijk is voor een lange levensduur van de tanden en/of de implantaten.

Hieronder vallen de raadplegingen, de diagnostische tandverzorging, het parodontale onderhoud en de parodontale chirurgie.

4° De tandprotheses en tandimplantaten

In afwijking van de definitie vermeld in artikel 63, 21° verstaat men onder tandprotheses en tandimplantaten: alle verstrekkingen die inherent zijn aan de plaatsing van een tandimplantaat of van een vaste of uitneembare tandprothese, die voldoen aan de vereisten bepaald in de toepasbare reglementering, waaronder de Verordening EU 2017/745. Ze worden als volgt gedefinieerd:

1) Tandimplantaat
Onder tandimplantaat verstaat men: een bewerkt onderdeel dat in het bovenkaak- of onderkaakbot wordt geplaatst met het oog op osseo-integratie. Zo kan een vaste en/of uitneembare tandprothese worden verankerd of bevestigd.
Het tandimplantaat omvat de diagnostische tandverzorging, de pre-implantatie modellering, het ontwerp en de realisatie van richtplaten, de levering en de plaatsing van dit implantaat, evenals al het materiaal, prestaties en technologie die nodig zijn voor de plaatsing ervan.
2) Tandprothese
Onder tandprothese verstaat men: de definitieve plaatsing van een tandprothese, ongeacht of ze vast of uitneembaar is. Dit omvat alle voorbereidende werkzaamheden en de modellering, de diagnostische tandverzorging, de afdrukken, de aflevering ervan, de verankering of bevestiging van de tandprothese, alsook alle nodige retouches.

- uitneembare tandprothese

Onder uitneembare tandprothese verstaat men: elk uitneembaar hulpmiddel ter vervanging van een of meer ontbrekende tanden. De uitneembare tandprothesen kunnen volledig of gedeeltelijk zijn en bestaan uit een basis van kunsthars of een metalen frame ter ondersteuning van kunsttanden.
Worden gelijkgesteld met uitneembare tandprothesen:

  - de hulpmiddelen in harde kunsthars die gebruikt worden voor de behandeling van pijn en/of de disfunctie van het kaakstelsel en die tussen de tandbogen worden geplaatst;
  - de prothesen die wat betreft ontwerp- en fabricagetechniek leiden tot attestering van de code 317295-317306

- vaste tandprothese

Onder vaste tandprothese verstaat men: elk prothetisch element ter versterking van een beschadigde tand of ter vervanging van een of meer ontbrekende tanden.

De vaste tandprotheses kunnen van metaal, keramiek of metaal met een keramische bedekking zijn gemaakt en kunnen worden ondersteund door een natuurlijke tand of een implantaat.

5° De orthodontische behandelingen

Onder orthodontie verstaat men: specialiteit van de tandheelkunde die tot doel heeft orthodontische problemen (afwijkingen in tandstand en kaakrelatie) en orthopedische problemen (afwijking van de botfundamenten met een verschuiving van de boven- en/of onderkaak tot gevolg) te verhelpen.

De orthodontische behandeling omvat alle voorbereidende werkzaamheden, de raadplegingen, de diagnostische tandverzorging, de afdrukken, de levering en de plaatsing van het (de) op maat gemaakte en activeerbare appara(a)t(en), alsmede de controles en de retentiemethodes.

Artikel 96decies: Territorialiteitsbeginsel

De verstrekkingen, vermeld in artikel 96nonies, worden gedekt voor zover ze toegediend worden door zorgverleners met een erkenning in België of op het grondgebied van het vasteland van de volgende aangrenzende landen: Frankrijk, Nederland, Duitsland en het Groothertogdom Luxemburg, door zorgverleners met een erkenning door de bevoegde autoriteiten van het betrokken land.

Artikel 96undecies: Terugbetalingstarieven en tegemoetkomingsplafonds

1° Preventieve tandverzorging

a) Beginsel

In het kader van de dekking Dentalia Up kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe voor preventieve tandverzorging voor zover de datum van de verzorging gelijk is aan of later valt dan de aansluitingsdatum bij Dentalia Up volgens de regels vermeld in artikel 6.

Voor de preventieve tandverzorging die terugbetaald wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedraagt de tussenkomst 100 % van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde. De supplementen die in het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde zijn inbegrepen, worden evenwel beperkt tot 200 % van het overeenkomstentarief.

Voor de preventieve tandverzorging die terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging maar niet terugbetaald wordt door deze laatste, wordt de tegemoetkoming beperkt tot tweemaal het overeenkomstentarief, onverminderd de toepassing van art. 66, 1°.

In geval van medisch noodzakelijke preventieve tandverzorging die niet terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zal de tegemoetkoming beperkt worden tot tweemaal het sectorale referentietarief. Als er geen referentietarief beschikbaar is, kan de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verantwoording vragen van de aangegane bedragen, en de terugbetaling beperken tot de rechtmatig verleende en gefactureerde verstrekkingen, en ten belope van het bedrag dat door een normaal, redelijk en voorzichtige tandarts wordt gefactureerd. Zijn geen rechtmatig gefactureerde diensten: diensten die reeds zijn opgenomen in de nomenclatuurcode van een hoofdhandeling.

b) Tegemoetkomingsplafonds

De tegemoetkoming wordt, voor alle verstrekkingen gecumuleerd in de punten 1° en 2° van dit artikel, tot 350 euro per verzekerde beperkt tijdens het 1ste aansluitingsjaar, tot 650 euro per verzekerde tijdens het 2de aansluitingsjaar en tot 1.250 euro per verzekerde tijdens het 3de aansluitingsjaar en de volgende jaren.

Het saldo van het tegemoetkomingsplafond mag niet overgedragen en toegevoegd worden aan het volgende plafond.

2° Curatieve tandverzorging

a) Beginsel

In het kader van de dekking Dentalia Up kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe voor de curatieve tandverzorging die terugbetaald wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: 50 % van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde of 80 % indien hij aan preventie gedaan heeft. De supplementen die in het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde zijn inbegrepen, worden evenwel beperkt tot 200 % van het overeenkomstentarief.

Voor de curatieve tandverzorging die terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging maar niet terugbetaald wordt door deze laatste, wordt de tegemoetkoming beperkt tot 50 %, of 80 % als de verzekerde aan preventie gedaan heeft, van tweemaal het overeenkomstentarief, onverminderd de toepassing van art. 66, 1°.

In geval van medisch noodzakelijke curatieve tandverzorging, die niet terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zal de tegemoetkoming beperkt worden tot 50 %, of 80 % als de verzekerde aan preventie gedaan heeft, van tweemaal het sectorale referentietarief. Als er geen referentietarief beschikbaar is, kan de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verantwoording vragen van de aangegane bedragen, en de terugbetaling beperken tot de rechtmatig verleende en gefactureerde verstrekkingen, en ten belope van het bedrag dat door een normaal, redelijk en voorzichtige tandarts wordt gefactureerd. Zijn geen rechtmatig gefactureerde diensten: diensten die reeds zijn opgenomen in de nomenclatuurcode van een hoofdhandeling.

Uitzonderingen:

- tijdens het eerste aansluitingsjaar wordt het terugbetalingstarief van de curatieve tandzorg vastgesteld op 80 % van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde;

- het terugbetalingstarief van de curatieve tandzorg ten gunste van verzekerden die 6 jaar of jonger zijn, wordt bepaald op 80 % van het bedrag dat ten laste blijft.

b) Tegemoetkomingsplafonds

De tegemoetkoming wordt, voor alle verstrekkingen gecumuleerd in de punten 1° en 2° van dit artikel, tot 350 euro per verzekerde beperkt tijdens het 1ste aansluitingsjaar, tot 650 euro per verzekerde tijdens het 2de aansluitingsjaar en tot 1.250 euro per verzekerde tijdens het 3de aansluitingsjaar en de volgende jaren.

Het saldo van het tegemoetkomingsplafond mag niet overgedragen en toegevoegd worden aan het volgende plafond.

3° Tandprotheses, tandimplantaten en parodontologie

a) Beginsel

In het kader van de dekking Dentalia Up kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe voor de tandprotheses, tandimplantaten en de parodontologie: 50 % van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde, of 80 % indien hij aan preventie gedaan heeft.

b) Tegemoetkomingsplafonds

De tegemoetkoming is beperkt tot een tweejarig plafond.
Het plafond begint op de verjaardag van de aansluitingsdatum die voorafgaat aan de prestatiedatum van de eerste zorg voor tandprotheses, tandimplantaten of parodontologie over een periode van twee jaar.

Dit plafond, geldig voor twee aansluitingsjaren, wordt bepaald in functie van het aantal jaren aansluiting dat is vervuld bij het begin van het tweejarig plafond:

- 1ste aansluitingsjaar: wachttijd; 350 euro in geval van afwijking op de wachttijd;
- 2de aansluitingsjaar: 650 euro;
- 3de aansluitingsjaar: 1.050 euro;
- 4de tot 9de aansluitingsjaar: 1.400 euro;
- 10de aansluitingsjaar en meer OF aangesloten vóór de leeftijd van 5 jaar: 2.200 euro.

Het bedrag wordt bepaald bij het begin van het tweejarige plafond. Als een anciënniteitsdrempel wordt bereikt tijdens de tweejarige periode, wordt het bedrag van het plafond niet bijgewerkt.

Het saldo van het tegemoetkomingsplafond mag niet overgedragen en toegevoegd worden aan het volgende plafond.

4° Orthodontische behandeling

a) Beginsel

In het kader van de dekking Dentalia Up kent de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand een tegemoetkoming toe voor de orthodontische behandeling : 60% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde.

b) Tegemoetkomingsplafonds

De tegemoetkoming is beperkt tot een plafond voor orthodontische behandeling. Dit plafond is afhankelijk van het aantal jaren aansluiting bij Dentalia Up op het moment van de attestering van het forfait voor apparatuur bij het begin van de behandeling:

- 1ste aansluitingsjaar: wachttijd; 350 euro in geval van afwijking op de wachttijd;
- 2de aansluitingsjaar: 650 euro;
- 3de aansluitingsjaar: 1.050 euro;
- 4de tot 9de aansluitingsjaar: 1.800 euro;
- 10de aansluitingsjaar en meer OF aangesloten vóór de leeftijd van 5 jaar: 2.200 euro.

Als een anciënniteitsdrempel wordt bereikt tijdens de behandeling, wordt het bedrag van het plafond dat bij het begin van de behandeling werd bepaald, niet bijgewerkt.

Het plafondbedrag wordt herberekend op basis van de anciënniteit in het product op de datum van de attestering van het forfait voor apparatuur bij het begin van de ‘regelmatige’ behandeling. De terugbetalingen die reeds uitgevoerd werden tijdens de ‘vroege’ behandeling, worden in acht genomen voor de berekening van het verbruikte bedrag.

De terugbetalingen die reeds uitgevoerd werden tijdens een vorige aansluiting bij Dentalia Up worden in acht genomen voor de berekening van het verbruikte bedrag.

5° Waarborg ‘ongevallen’

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand voorziet in specifieke bepalingen voor tandzorgkosten als bedoeld in artikel 96nonies ten gevolge van een ongeval zoals gedefinieerd in artikel 63, 23°, op voorwaarde dat aan de volgende cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

- het gaat om een ongeval in de privésfeer, op school of tijdens een begeleide activiteit (onbetaalde sport, jeugdbeweging*)*; verkeersongevallen met een motorvoertuig onderworpen aan een BA-autoverzekering* zijn evenwel uitgesloten;
  * Overeenkomstig de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen
- het ongeval zich heeft voorgedaan na de aansluitingsdatum bij Dentalia Up;

- het ongeval gaf aanleiding tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door deze bepalingen;
- de kosten zijn medisch noodzakelijk om de tanden te herstellen naar hun toestand van vóór het ongeval;
- de behandeling wordt uitgevoerd tijdens de dekkingsperiode die in het aanvaarde behandelingsplan Ongeval is vermeld. Deze dekkingsperiode is beperkt tot twee jaar vanaf de datum van het ongeval.

De kosten worden terugbetaald aan 100 % van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde voor tandzorg ten gevolge van het ongeval, tot een maximum van 4.000 euro per ongeval, ongeacht het jaar van aansluiting bij Dentalia Up. Het gaat om een extra dekking in geval van een ongeval. Als de totale kosten voor de verzorging in verband met het ongeval en aanvaard in het behandelingsplan Ongeval, het plafond 'Ongeval' overschrijden, zullen de extra kosten terugbetaald worden volgens de respectieve voorwaarden die van toepassing zijn op de betrokken verzorging (preventieve zorg, curatieve zorg, tandprotheses, tandimplantaten, parodontologie, orthodontie).
Om de voordelen van deze waarborg 'Ongevallen' te kunnen genieten, moet de verzekerde, naast het harmonisatiedocument 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk van behandeling(en)', de volgende documenten voorleggen:

- het formulier 'Ongevalsaangifte', in te dienen bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand binnen 30 dagen na het ongeval; en
- het formulier 'Behandelingsplan Ongeval', samen met röntgenfoto's en foto's van de door het ongeval veroorzaakte letsels, ter attentie van de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

6° Waarborg 'Ziektes waarvan de pathologie of de behandeling een impact hebben op de mondgezondheid'

De kosten worden terugbetaald aan 100 % van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde voor tandzorg in verband met de ziektes, met inbegrip van de behandeling, van de hieronder vermelde limitatieve lijst, tot een maximum van € 4.000 voor alle ziektes beoogd door deze waarborg, waardoor de verzekerde getroffen zou worden tijdens zijn leven, ongeacht de aansluitingsdatum bij Dentalia Up. Dit plafond van 4.000 euro kan slechts eenmaal per verzekerde gebruikt worden. De terugbetalingen die reeds uitgevoerd werden tijdens een vorige aansluiting bij Dentalia Up worden in acht genomen voor de berekening van het verbruikte bedrag.

Het gaat om een aanvullende dekking in geval van ziektes. Als de totale kosten voor de verzorging in verband met de betrokken ziekte en aanvaard in het behandelingsplan, het plafond van 4.000 euro overschrijden, zullen de extra kosten terugbetaald worden volgens de respectieve voorwaarden die van toepassing zijn op de betrokken verzorging (preventieve zorg, curatieve zorg, tandprotheses, tandimplantaten, parodontologie, orthodontie).

De betrokken ziektes zijn opgenomen in de volgende limitatieve lijst:

- kanker

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand stelt specifieke bepalingen vast per ziekte:

<u>Kanker</u>

Er is een tegemoetkoming voor de kosten voor tandverzorging opgenomen in artikel 96nonies ten gevolge van een kanker voor zover er aan de volgende cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:
- de diagnose kanker wordt gesteld na de aansluitingsdatum bij Dentalia Up krachtens de bepalingen van artikel 6;
- de tandzorg houdt verband met de gediagnosticeerde kanker en valt onder deze bepalingen;
- de kosten zijn medisch noodzakelijk;

- de behandeling wordt uitgevoerd tijdens de dekkingsperiode die in het aanvaarde behandelingsplan is vermeld;
- het behandelingsplan Kanker moet uiterlijk een jaar na het einde van de oncologische behandeling worden ingediend.

Om de voordelen van deze waarborg te kunnen genieten, moet de verzekerde, naast het harmonisatiedocument 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk van behandeling(en)', de volgende documenten voorleggen ter attentie van de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand:

- een attest van een arts waarin de diagnose kanker bij de verzekerde wordt gesteld, bevestigd door biologisch of anatomopathologisch onderzoek, door medische beeldvorming of door elk ander medisch onderzoek dat in de medische wereld gebruikelijk is. Op basis van deze informatie zal de Medische Adviseur van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand de dekking van de waarborg aanvaarden of weigeren. Deze dekking gaat ten vroegste in op de dag van de diagnose; en
- het formulier 'Behandelingsplan Kanker', samen met röntgenfoto's en foto's.

7° Specifieke voorwaarden die van toepassing zijn bij een overgang vanuit Dentalia Plus of bij een aansluiting met een gelijkaardige tandzorgverzekering

a) Voor de preventieve tandverzorging, curatieve tandverzorging, tandprothesen en tandimplantaten, parodontologie en orthodontische behandelingen vermeld in de punten 1, 2, 3 en 4, worden de plafonds van Dentalia Up berekend volgens de volgende regels:

Wanneer de verzekerde gedekt was door Dentalia Plus tot aan de aansluitingsdatum bij Dentalia Up, wordt de aansluitingsdatum bij Dentalia Plus in rekening genomen om de begindatum van de plafonds Dentalia Up te bepalen.

Wanneer de verzekerde gedekt was door een gelijkaardige verzekering voor tandverzorging, gesloten bij een andere verzekeringsmaatschappij, zoals bepaald in artikel 64, 2°, 7), tot aan zijn aansluitingsdatum bij Dentalia Up, wordt het aantal aansluitingsjaren bij deze gelijkaardige verzekering op het ogenblik van de aansluiting bij Dentalia Up op de volgende manier in rekening genomen om het plafond van Dentalia Up te bepalen:

- als de verzekerde minder dan 2 jaar is aangesloten is bij deze gelijkaardige verzekering wordt de aansluitingsdatum bij deze gelijkaardige verzekering niet in rekening genomen. De datum die gebruikt wordt om de begindatum van de plafonds te bepalen is de aansluitingsdatum bij Dentalia Up;
- als de verzekerde 2 jaar of langer is aangesloten bij deze gelijkaardige verzekering is de datum die gebruikt wordt om de begindatum van de plafonds te bepalen de aansluitingsdatum bij Dentalia Up verminderd met 2 jaar.

b) De volgende maatregelen zullen toegepast worden voor de verzekerden Dentalia Plus in geval van overgang naar Dentalia Up:

- de terugbetalingen verleend in het kader van de preventieve en curatieve verzorging van het lopende plafond Dentalia Plus, zullen verrekend worden in het plafond 'Preventieve en curatieve verzorging' van Dentalia Up;
- de terugbetalingen verleend in het kader van de orthodontie van het lopende plafond Dentalia Plus, zullen verrekend worden in het plafond 'Orthodontische behandeling' van Dentalia Up;
- De terugbetalingen verleend in het kader van prothesen, implantaten en parodontologie van het lopende plafond Dentalia Plus, zullen verrekend worden in het tweejarige plafond 'Prothesen, implantaten en parodontologie' van Dentalia Up.

Afdeling 7: Dagvergoedingen OZ

Artikel 97: Tegemoetkomingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

A. **Ex-verzekerden primaire kas 'Antwerps Ziekenfonds'**

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verleent een dagelijkse vergoeding van 2,50, 5,00, 7,50, 10,00, 12,50 of 15,00 euro, afhankelijk van de betaalde premie per maand, aan de verzekerden zoals beschreven in artikel 5.2.a, die volledig arbeidsongeschikt zijn ten gevolge van ziekte of ongeval, d.w.z. die minstens 66% werkonbekwaam zijn en alle beroeps- of winstgevende activiteiten gestaakt hebben.

De dagelijkse vergoedingen worden uitgekeerd vanaf de 8ste dag arbeidsongeschiktheid tot en met de 3de maand, zij worden nochtans uitgekeerd vanaf de 1ste werkdag in geval van hospitalisatie.

Een onderbreking in de staat van arbeidsongeschiktheid van minder dan 12 werkdagen wordt geacht het vergoedbare tijdvak van 3 maanden niet te hebben onderbroken. Alle vergoedingen worden betaald op basis van de 6-dagenweek.

De vergoedingen worden niet toegekend gedurende een tijdvak van uitkeringsgerechtigde ongeschiktheid in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De premies moeten regelmatig, dus ook tijdens de ongeschiktheid worden aanbetaald.

B. Ex-verzekerden primaire kas 'Helpt elkander'

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verleent een dagelijkse vergoeding aan de verzekerden zoals beschreven in artikel 5.2.b., die volledig arbeidsongeschikt zijn ten gevolge van ziekte of ongeval, d.w.z. die minstens 66% werkonbekwaam zijn en alle beroeps- of winstgevende activiteiten gestaakt hebben. Een dagelijkse vergoeding van 12,50 euro wordt uitgekeerd vanaf de 8ste dag arbeidsongeschiktheid tot en met de 3de maand. Vanaf de 4de tot en met de 6de maand wordt een dagelijkse vergoeding van 3,75 euro uitgekeerd. Vanaf de 7de maand wordt een dagelijkse vergoeding van 2,50 euro uitgekeerd die uiterlijk loopt tot de leeftijd van 75 jaar.

In geval van hospitalisatie worden bovenstaande tussenkomsten verhoogd met 50% en uitgekeerd vanaf de 1ste dag. Alle vergoedingen worden betaald op basis van de 6-dagenweek. Een herval in de arbeidsongeschiktheid binnen de 12 werkdagen, wordt beschouwd als de voortzetting van de vergoedbare periode.

C. Dagelijkse vergoedingen ziekenfonds (+ verzekerden ex-Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand medische ziekenkas)

1. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand keert aan de in artikel 5.2.c. bedoelde zieke of door een ongeval getroffen verzekerden die hun premie betalen, vanaf 1 juli 1998 een dagelijkse vergoeding uit waarvan het bedrag als volgt is vastgesteld:

   Reeks W

   a) 16,25 euro per weekdag vanaf de 15de dag werkongeschiktheid tot en met de 3de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
   b) 19 euro per weekdag vanaf het begin van de 4de maand tot de 6de maand voleind, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
   c) 14,50 euro per weekdag vanaf het begin der 7de maand der werkongeschiktheid tot en met de 12° maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
   d) 5,75 euro per weekdag vanaf het begin der 13de maand werkongeschiktheid tot op de dag van de pensionering te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid

   Reeks X

   a) 22,50 euro per weekdag vanaf de 15de dag werkongeschiktheid tot en met de 3de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
   b) 31 euro per weekdag vanaf het begin van de 4de maand tot en met de 6de maand, te rekenen van de aanvang de werkongeschiktheid

c) 26,75 euro per weekdag vanaf het begin van de 7de maand werkongeschiktheid tot en met de 12de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
d) 11,25 euro per weekdag vanaf het begin van de 13de maand werkongeschiktheid tot op de dag van de pensionering te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid

Reeks Y

a) 23,75 euro per weekdag vanaf de 15de dag werkongeschiktheid tot en met de 3de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
b) 42,25 euro per weekdag vanaf het begin van de 4de maand tot en met de 6de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
c) 37,25 euro per weekdag vanaf het begin van de 7de maand werkongeschiktheid tot en met de 12de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
d) 22,50 euro per weekdag vanaf het begin van de 13de maand werkongeschiktheid tot op de dag van de pensionering te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid

Reeks Z

a) 29,75 euro per weekdag vanaf de 15de dag werkongeschiktheid tot en met de 3de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
b) 44,75 euro per weekdag vanaf het begin van de 4de maand tot en met de 6de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
c) 39,75 euro per weekdag vanaf het begin van de 7de maand werkongeschiktheid tot de 12de maand voleind, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
d) 22,50 euro per weekdag vanaf het begin van de 13de maand werkongeschiktheid tot op de dag van de pensionering te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid

Reeks I

a) 38,50 euro per weekdag vanaf de 15de dag werkongeschiktheid tot en met de 3de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
b) 52,25 euro per weekdag vanaf het begin van de 4de maand tot en met de 6de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
c) 57,25 euro per weekdag vanaf het begin van de 7de maand werkongeschiktheid tot en met de 12de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
d) 34,75 euro per weekdag vanaf het begin der 13de maand der werkongeschiktheid tot de dag van de pensionering te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid

Reeks J

a) 42,25 euro per weekdag vanaf de 15de dag der werkongeschiktheid tot en met de 3de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
b) 57,25 euro per weekdag vanaf het begin van de 4de maand tot en met de 6de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
c) 62 euro per weekdag vanaf het begin van de 7de maand werkongeschiktheid tot en met de 12de maand, te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid
d) 39,75 euro per weekdag vanaf het begin van de 13de maand werkongeschiktheid tot op de dag van de pensionering te rekenen van de aanvang van de werkongeschiktheid

- Per weekdag: men betaalt alle weekdagen, uitgesloten de zondagen en de vastgestelde wettelijke feestdagen.
- Tot de pensionering: het recht op vergoedingen zal vervallen op de dag van de oppensioenstelling, ongeacht de leeftijd bij vervroegde opruststelling en hoogstens tot de datum van de wettelijke pensioenleeftijd zoals wettelijk bepaald voor mannen of vrouwen.

2. Om recht te hebben op de in punt 1 vermelde vergoedingen moeten de verzekerden aan de volgende voorwaarden voldoen:

- De arbeidsongeschiktheid en de duur ervan wordt vastgesteld door de Medische Adviseur.

  Worden als arbeidsongeschikt erkend, de verzekerden die al hun werkzaamheden onderbroken hebben en wier letsels en functionele stoornissen erkend worden als zijnde van dien aard dat hun

vermogen tot verdienen erdoor verminderd wordt tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, in dezelfde situatie en met dezelfde opleiding, kan verdienen dankzij zijn werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort die door de betrokkene verricht werd toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of nog in de verschillende beroepen die hij heeft kunnen uitoefenen hebben of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Nochtans wordt die vermindering van het vermogen tot verdienen, over de eerste twaalf maanden primaire arbeidsongeschiktheid, gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdspanne. Is een verzekerde opgenomen (in een door de Minister van Volksgezondheid erkende verplegingsinrichting of in een militair ziekenhuis), dan wordt aangenomen dat hij de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt.

- Zij moeten elke beroepsactiviteit staken en mogen zich niet meer bezig houden met enige activiteit met winstoogmerk of met een commerciële activiteit.

  Dit wordt o.m. nagegaan door een verklaring op erewoord en/of een toelating door de verzekerde gegeven, teneinde inzage te vragen van zijn belastingaangifte. Indien de verzekerde weigert dit op zijn woord van eer te verklaren, of weigert aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zijn toelating te geven vragen voor inzake van zijn belastingaangifte, wordt ervan uitgegaan dat hij zijn beroepsactiviteiten niet heeft gestaakt, of dat hij of zij zich nog heeft bezig gehouden met enige activiteit met winstoogmerk of met een commerciële activiteit.

  De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand mag met alle rechtsmiddelen, getuigen inbegrepen, het bewijs leveren van de activiteit van de verzekerde.

- De beslissingen genomen voor het bepalen van de graad van arbeidsongeschiktheid in het kader van de verplichte verzekering voor zelfstandigen, zijn hoegenaamd niet bindend voor de 'Dienst van Dagelijkse vergoedingen' bedoeld in onderhavige statuten. Dit is onder meer ook het geval voor de beslissingen voor het verkrijgen van een 'gelijkstelling van ziekteperiode', zoals voorzien bij het KB. 38 houdende inrichting van het Sociaal Statuut der Zelfstandigen, of voor de raming van de arbeidsongeschiktheid die recht geeft op de tegemoetkoming voor mindervaliden (wet van 27 juni 1969 Algemeen Reglement van 17 november 1969 en KB. van 24 december 1974) of voor de beslissingen genomen met betrekking tot een deeltijdse werkhervatting tijdens de ziekteperiode.

  Een arbeidsongeschiktheid welke zich voordoet binnen de zestig dagen na werkhervatting of na het verlaten van de verplegingsinstelling, wordt aangezien als de voortzetting van de vorige ongeschiktheid wat betreft de periode gedurende dewelke de in punt 1 bepaalde uitkeringen verleend wordt.

3. Werking en organisatie

   a) In geval van hospitalisatie worden voor de reeksen W, X, Y, Z, I, J, de voorziene vergoedingen uitgekeerd vanaf de eerste werkdag van de arbeidsongeschiktheid. Dit geldt echter alleen voor de dagen hospitalisatie. De arbeidsongeschiktheid is verondersteld te zijn ingetreden op de dag aangeduid op het door de behandelende arts ondertekend attest. Dit attest dient aan de Medische Adviseur te worden overhandigd of per post verzonden, uiterlijk de 10de werkdag na de aanvangsdatum van de ongeschiktheid.

   b) In geval van vertraging bij het overhandigen of verzenden van het attest is de arbeidsongeschiktheid verondersteld in te gaan op de dag van de overhandiging of de neerlegging ter post. De Medische Adviseur bepaalt de duur van de arbeidsongeschiktheid.

   c) Het recht tot uitbetaling wordt gestaafd door een maandelijks geneeskundig attest, hetwelk de laatste werkdag van de maand in het bezit van de Medische Adviseur moet zijn, tenzij deze laatste hierover anders beslist. Bij ontstentenis van het geneeskundig attest wordt elke betaling opgeschort tot aan de aangifte van het attest uiterlijk 30 dagen nadien, op straffe van verval van het recht op uitbetaling.

Dit geneeskundig attest moet nauwkeurig de ziekte, letsels of functionele stoornissen beschrijven, met beschrijvingen van de weerslag daarvan op de beroepsactiviteiten van de verzekerde en op zijn vermogen tot verdienen. Het wordt gericht aan de Medische Adviseur van de dienst dagvergoedingen onder gesloten omslag.

d) De verzekerde kan de beslissingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand omtrent zijn rechten voortvloeiend uit deze statuten, welke hem worden bekendgemaakt bij aangetekende brief of bij elektronische gekwalificeerde aangetekende zending, betwisten door de gerezen betwisting op straffe van verval binnen de maand na de poststempel of tijdstempel via aangetekende brief of via elektronische gekwalificeerde aangetekende zending, aanhangig te maken bij de Arbeidsrechtbank van zijn woonplaats.

De vordering ingeleid door de Arbeidsrechtbank werkt niet schorsend op de aangevochten beslissing van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

Afdeling 8: Dagvergoedingen Xerius

Artikel 98: Tegemoetkoming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand

1. Overzicht van de reeksen

Uitkeringen

Verzekerden - zelfstandigen die aangesloten zijn in de hierna vermelde reeksen ontvangen bij ongeschiktheid een dagelijkse vergoeding tot aan de leeftijd van 65 jaar of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De vergoedingen worden betaald vanaf de negende dag van de ongeschiktheid.

In geval van verpleging in een ziekenhuis worden de vergoedingen volledig betaald bij werkelijke hospitalisatie tijdens de eerste acht dagen.

Met ingang van 1 januari 2002 gelden volgende vergoedingen:

1. REEKS NA – NC - NX: -40 jaar op het ogenblik van de aansluiting

REEKS NA:

€ 23,50 per werkdag vanaf de 9de dag tot en met de 3de maand;

€ 28,50 per werkdag vanaf de 4de maand tot en met de 6de maand;

€ 20,25 per werkdag vanaf de 7de maand tot en met de 12de maand;

€ 15,50 per werkdag tot aan de pensioenleeftijd

REEKS NC:

€ 40,75 per werkdag vanaf de 9de dag tot en met de 3de maand;

€ 59,50 per werkdag vanaf de 4de maand tot en met de 6de maand;

€ 53,50 per werkdag vanaf de 7de maand tot en met de 12de maand;

€ 48,50 per werkdag tot aan de pensioenleeftijd

REEKS NX:

€ 53,25 per werkdag vanaf de 9de dag tot en met de 3de maand;

€ 79,75 per werkdag vanaf de 4de maand tot en met de 6de maand;

€ 76,25 per werkdag vanaf de 7de maand tot en met de 12de maand;

€ 69,50 per werkdag tot aan de pensioenleeftijd.

2. REEKS TC: +40 jaar op het ogenblik van de aansluiting

REEKS TC:

€ 40,75 per werkdag vanaf de 9de dag tot en met de 3de maand;

€ 59,50 per werkdag vanaf de 4de maand tot en met de 6de maand;

€ 53,50 per werkdag vanaf de 7de maand tot en met de 12de maand;

€ 48,50 per werkdag tot aan de pensioenleeftijd.

3. Verzekerden - zelfstandigen, die aangesloten zijn in de hierna vermelde reeksen ontvangen bij ongeschiktheid een dagelijkse vergoeding tot op het einde van de maand waarin de betrokkene de zestigjarige leeftijd heeft bereikt (indien dit zo voorzien is in de verzekeringsovereenkomst) of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De vergoedingen worden betaald vanaf de vijftiende dag van de ongeschiktheid.

In geval van verpleging in een ziekenhuis worden de vergoedingen volledig betaald bij werkelijke hospitalisatie tijdens de eerste veertien dagen.

Met ingang van 1 januari 2002 gelden volgende vergoedingen:

Dagelijkse vergoeding: 52 euro per werkdag
(Uitkeringen vanaf de vijftiende dag van de ongeschiktheid)

Reeks	Intredeleeftijd
040160	van 18 t/m 29 jaar

4. Verzekerden - zelfstandigen, die aangesloten zijn in de hierna vermelde reeksen ontvangen bij ongeschiktheid een dagelijkse vergoeding tot op het einde van de maand waarin de betrokkene de zestigjarige leeftijd heeft bereikt (indien dit zo voorzien is in de verzekeringsovereenkomst) of tot een jongere leeftijd wanneer deze de normale leeftijd is waarop de verzekerde zijn beroepswerkzaamheid volledig en definitief stopzet.

De vergoedingen worden betaald vanaf de éénenzestigste dag van de ongeschiktheid.

Met ingang van 1 januari 2002 gelden volgende vergoedingen:

Dagelijkse vergoeding: 91 euro per werkdag
(Uitkeringen vanaf de éénenzestigste dag van de ongeschiktheid)

Reeks	Intredeleeftijd
072360	van 35 t/m 39 jaar

2. Om recht te hebben op de in puntje 1 vermelde uitkeringen moeten de verzekerden aan de volgende voorwaarden voldoen:

   a) Men moet een graad van ongeschiktheid hebben van meer dan 66%. De Medische Adviseur bepaalt de duur en de graad van de ongeschiktheid.

      De ongeschiktheid wordt verondersteld te zijn ingetreden op de dag aangeduid op het door de behandelende arts ondertekende attest.

      a. Voor de verzekerden aangesloten in de reeksen artikel 98.I. punt 1 en 2 geldt de fysiologische ongeschiktheid als graadmeter. Dit is de loutere vermindering van de lichamelijke gaafheid zonder rekening te houden met de weerslag ervan op het vermogen tot het uitoefenen van een beroep. De Officiële Belgische Schaal ter bepaling van de Graad van Invaliditeit geldt hierbij als leidraad.

      b. Voor de verzekerden aangesloten in de reeksen artikel 98.I. punt 3 en 4 geldt de economische ongeschiktheid als graadmeter. Dit is de vermindering van het vermogen tot het uitoefenen van een beroep, als gevolg van de fysiologische invaliditeit. Haar graad wordt vastgesteld rekening houdend met het beroep van de verzekerde en met zijn vermogen tot wederaanpassing aan een ander beroep, dat verenigbaar is met zijn opleiding, beroepsantecedenten en zijn sociale status.

   b) Men moet medische gegevens verstrekken aan de Medische Adviseur en zich aan de controle van de ongeschiktheid onderwerpen.

      Indien een verzekerde zich onttrekt aan de controle, zal de dienst:

      a. hem schriftelijk waarschuwen dat hij zijn recht op dagvergoeding dreigt te verliezen

      b. hem aanmanen zich binnen de tien dagen ter controle aan te bieden. Na deze termijn vervalt het recht op dagvergoeding en dit tot op de dag dat de verzekerde zich ter controle aanmeldt.

   c) Het is de algemene plicht van de verzekerde om binnen zijn mogelijkheden zijn genezingsproces te benaarstigen.

   d) Hij dient op verzoek van de dienst alle fiscale, sociale en administratieve documenten voor te leggen.

   e) De verzekerde dient gedurende de periode van ongeschiktheid elke beroepsactiviteit te staken.

f) De verzekerde moet zijn werkelijke hoofdverblijf in België hebben en er minstens negen maanden per jaar bestendig en daadwerkelijk verblijven. De verzekerde kan in voorkomend geval worden gevraagd terzake de nodige bewijzen voor te leggen. Enkel de Medische Adviseur kan van deze verblijfsregel afwijken.

   De Medische Adviseur kan geen taken uitoefenen die hem krachtens het KB nr. 35 van 20 juli 1967 niet werden toegekend.

g) De verzekerde mag niet vallen onder één van de uitsluitingsgronden zoals bepaald in artikel 65,8°.

h) De verzekerde moet de dienst binnen de maand schriftelijk op de hoogte te stellen van elke wijziging in of stopzetting van zijn beroepsactiviteiten, dit zowel wat zijn hoofdberoep als wat zijn bijberoep betreft. In geval van een dergelijke wijziging of stopzetting heeft het Directiecomité het recht om een einde te stellen aan het lidmaatschap met terugwerkende kracht tot op de dag van de wijziging of de stopzetting.

i) Indien de ongeschiktheid het gevolg is van een ongeval met burgerlijke aansprakelijkheid van een derde, is de uitkering subsidiair en dient de verzekerde te voldoen aan volgende voorwaarden:

   a. melding maken van dit gegeven bij de aangifte van de ongeschiktheid

   b. de dienst subrogeren in de rechten die hij tegenover de derde kan laten gelden

   c. de dienst schriftelijk op de hoogte brengen van het sluiten van een overeenkomst inzake schadeloosstelling.

j) Sanctie: indien de verzekerde één of meer verplichtingen opgenomen in dit artikel schendt, vervalt het recht op dagvergoedingen en dit vanaf de inbreuk.

Artikel 98bis: Herval

Een ziekte die zich voordoet binnen de veertien kalenderdagen na de werkhervatting of na het verlaten van de verplegingsinstelling, wordt aanzien als een voortzetting van de voorgaande ongeschiktheid voor de berekening van de carensperiode zoals bepaald in artikel 8, e.

Artikel 98ter: Territorialiteitsprincipe

De hierboven opgesomde verstrekkingen worden gedekt voor zover zij voorgeschreven en toegediend werden door zorgverleners met een erkenning in België of in de volgende aangrenzende landen: Frankrijk, Nederland, Duitsland en het Groothertogdom Luxemburg.

Afdeling 9: Comfort en Comfort+

Artikel 99: Tussenkomsten Comfort (de tussenkomsten zijn beperkt tot de verstrekkingen verricht op het Belgisch grondgebied)

- Preventie van hart- en vaatziekten: tussenkomst van 30 euro per jaar na tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneesmiddelen geklasseerd als zijnde cholesterol- of bloeddrukverlagend, na voorlegging van het aanvraagformulier van tussenkomst dat werd ingevuld en ondertekend door de behandelende arts of door de apotheker, met uitsluiting van de geneesmiddelen die onder criterium D zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 2 september 1980.
- Diëtetiek: tussenkomst van 30 euro per jaar in de kostprijs van de raadplegingen van een diëtist. Deze tussenkomst wordt toegekend na voorlegging van het aanvraagformulier van tussenkomst ingevuld door een diëtist die is erkend met toepassing van het koninklijk besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist.

- Vaccinaties: tussenkomst van 25 euro per vaccin met een maximum van 65 euro per jaar in de kostprijs van de vaccinaties tegen griep (ook homeopathische vaccins), hersenvliesontsteking, hepatitis B, het rotavirus, de verplichte vaccins bij reizen naar het buitenland (gele koorts, hepatitis A, hersenvliesontsteking, tyfuskoorts, Japanse encefalitis, tekenencefalitis) en tegen pneumokokkeninfecties. Tussenkomst in de kost van de vaccinaties tegen hepatitis B en tetanus voor verzekerden die een beroepsactiviteit als zelfstandige uitoefenen en voor wie het oplopen van deze ziekten een reëel beroepsrisico vormt.
- Preventieve vaccinatie tegen baarmoederhalskanker: eenmalige tussenkomst van 150 euro voor meisjes van 19 tot 22 jaar indien de verplichte verzekering geen tegemoetkoming toekent.
- Alternatieve zorgen en homeopathische geneesmiddelen: 10 euro per verzekerde voor 10 raadplegingen per jaar in de kost van de raadplegingen van een homeopaat, chiropractor, osteopaat, acupuncturist en 75 euro per jaar voor homeopathische geneesmiddelen die in België gekocht zijn (uitgezonderd homeopathische vaccinaties tegen de griep).
- Zorgverblijven en bijstand aan zorgafhankelijke verzekerden:
    - Voor de revalidatieverblijven: tussenkomst van 32 euro per dag en 35 euro per dag voor verzekerden die de verhoogde tegemoetkoming genieten, en 15 euro per dag voor de begeleidende mantelzorger. Deze tussenkomst is beperkt tot 28 dagen per kalenderjaar en per verzekerde.

      De tussenkomst wordt toegekend aan verzekerden die tijdelijk of definitief hun zelfredzaamheid hebben verloren ten gevolge van een ziekenhuisopname (eventueel ziekenhuisopname van één dag) of die een zware behandeling hebben ondergaan of gebonden zijn aan dialysesessies.

      De tussenkomst wordt ook toegekend aan verzekerden die volledig afhankelijk zijn en die plots worden geconfronteerd met de tijdelijke of definitieve onbeschikbaarheid van hun mantelzorger wegens een onverwachte oorzaak van overmacht (voorbeelden: onvoorziene ziekenhuisopname, plotse invaliditeit of overlijden van de mantelzorger).

      Voor de tussenkomst is de voorafgaande toestemming van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand vereist. Deze beslissing wordt genomen op basis van een evaluatie van de behoeften van de verzekerde. De aanvraag om een herstelverblijf moet worden ingediend bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand aan de hand van een formulier dat alle medische en sociale elementen bevat die nodig zijn om de beslissing te nemen. Indien nodig zal de sociale dienst van de afdeling contact opnemen met de verzekerde om aanvullende informatie te verkrijgen. De hierboven bedoelde medisch-sociale elementen houden rekening met een geheel van criteria waarvan de lijst op eenvoudig verzoek kan worden verkregen. De toestemming heeft een geldigheidsduur van drie maanden, behalve indien het betrokken herstellingsoord de reserveringsmogelijkheden beperkt tot een kortere periode. Die termijn wordt verminderd tot twee maanden voor de instelling 'Dunepanne vzw', waarvan de maatschappelijke zetel is gevestigd te 8420 De Haan, Maria Hendrikalaan.
    - Voor korte verblijven in een rusthuis of in een rust- en verzorgingstehuis: tussenkomst van 28 euro per dag of 30 euro per dag voor verzekerden die de verhoogde tegemoetkoming genieten met een maximum van 14 dagen per jaar, in een instelling die erkend is door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand. De tussenkomst wordt toegekend aan verzekerden die definitief hun zelfredzaamheid hebben verloren en die tijdelijk niet thuis kunnen verblijven ten gevolge van de tijdelijke onbeschikbaarheid van hun mantelzorger door ziekenhuisopname, een vakantieverblijf of het nemen van een rustperiode. De tussenkomst wordt enkel toegekend indien de tijdelijke verblijfsperiode in het rusthuis niet onmiddellijk wordt gevolgd door een opname van lange duur (meer dan 3 maanden).
    - Voor verblijven in de woonplaats van een door de ziekte van Alzheimer getroffen verzekerde: tussenkomst van 28 euro per dag en 30 euro per dag voor personen die de verhoogde tegemoetkoming genieten, met een maximum van 14 dagen per jaar.

Deze tussenkomst wordt toegekend in de verblijfskosten in de woonplaats van de patiënt van een persoon die is opgeleid in de begeleiding van personen die getroffen zijn door de ziekte van Alzheimer en het moet gaan om verzekerden die getroffen zijn door deze ziekte of door een nakende dementie.

Onder nakende dementie moet worden verstaan: frontotemporale dementie die verschillende neurodegeneratieve ziekten groepeert, die hoofdzakelijk worden gekenmerkt door gedragsstoornissen en een geleidelijke intellectuele aftakeling. De tussenkomst wordt toegekend na voorlegging van de factuur van het hersteloord, het rusthuis, of de vereniging die de thuiszorg organiseert.

Bij cumulatie van de drie hierboven vermelde types van verblijven, blijft de tussenkomst beperkt tot 28 dagen per jaar en per verzekerde.

- Voor de verblijven van ouderen die aan zelfredzaamheid ingeboet hebben in dagcentra: tussenkomst van maximum 6 euro per dag gedurende maximum 50 dagen per jaar vanaf de leeftijd van 60 jaar.
- Gezondheidsverblijven voor de verzekerden met een ernstige ziekte: tussenkomst van 75% van het factuurbedrag dat ten laste van de patiënt blijft, met een maximum van 200 euro per verblijf.

  Onder ernstige ziekten moet worden verstaan: Brucellose, kanker, leukemie, de ziekte van Parkinson, Hodgkin, de ziekte van Alzheimer, AIDS, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, meningitis, poliomyelitis, encefalitis, tetanus, mucoviscidose, de ziekte van Crohn, diabetes type 1, weesaandoeningen en alle ziekten die door het geneeskundig corps worden erkend als ernstige ziekte. De dekking wordt toegekend voor verblijven in de instelling 'Dunepanne vzw', waarvan de maatschappelijke zetel is gevestigd te 8420 De Haan, Maria Hendrikalaan en voor verblijven in gespecialiseerde instellingen die zijn erkend door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand.

- Thuiszorg/familiale hulp: tussenkomst van 0,75 euro per gepresteerd uur met een maximum van 200 uren per jaar ten gunste van verzekerden die een beroep doen op een erkende dienst voor gezinshulp en/of kraamhulp, in volgende gevallen:
  - ofwel willen zij thuisblijven, ondanks gezondheidsproblemen of een handicap;
  - ofwel hebben zij het ziekenhuis verlaten en hebben zij nog behoefte aan zorg;
  - ofwel dienen zij zorg toe aan een ouder met gezondheidsproblemen of die als mindervalide persoon erkend is.

  De tussenkomst wordt toegekend na voorlegging door de verzekerde van een factuur waarop het aantal gepresteerde uren in detail wordt vermeld. Er wordt geen tussenkomst verleend voor prestaties die zijn betaald met dienstencheques.

- Ontlening van verzorgingsmateriaal (buiten materiaal met telebegeleiding): forfaitaire tussenkomst van 65% in de huurprijs van het materiaal en van 25 euro voor de kosten van levering en terugname van materiaal. Vervoerskosten die dit bedrag overschrijden, blijven ten laste van de verzekerde, net zoals de herstelkosten voor schade die door de verzekerde zou zijn veroorzaakt.

- Ziekenvervoer (buiten vervoer voor chemotherapie of dialyse): tussenkomst in de kost van het vervoer van zieken naar en vanuit een erkend Belgisch ziekenhuis in het kader van een ziekenhuisopname die ten minste één overnachting in het ziekenhuis omvat. Vervoer met ziekenwagen: 100% van de vervoerkost, met een maximum van 150 euro per ziekenhuisopname en van 1.250 euro per jaar. In het kader van de dienst 100 wordt het verschil terugbetaald na tussenkomst van de verplichte verzekering. Vervoer met taxi: 100% van de vervoerkost, met een maximum van 150 euro per ziekenhuisopname en van 1.000 euro per jaar. Vervoer met privéwagen: 0,25 euro per kilometer met een maximum van 50 euro per ziekenhuisopname en van 1.000 euro per jaar. In dit verband is er geen tussenkomst in de kostprijs van de raadplegingen van algemene geneesheren en specialisten.

- Solidariteitsfonds: tussenkomst beperkt tot 1.250 euro per jaar en per verzekerde. Deze tussenkomst wordt alleen toegekend aan verzekerden die zich in een moeilijke financiële toestand bevinden en nadat alle andere mogelijkheden tot tegemoetkoming in het kader van de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en in het kader van de aanvullende verzekering zijn uitgeput.

  De tussenkomst kan bestaan in een tenlasteneming van de geneeskundige verstrekkingen, palliatieve verzorging, verblijven in een ziekenhuis of gelijkgestelde omgeving, herstelverblijven of thermale kuren, incontinentiemateriaal, vervoerskosten, prothesekosten.

  Om de tussenkomst te kunnen genieten, moet een volledig medisch dossier van aanvraag van tussenkomst, alsook een geraamde nota van de medische uitgaven die niet ten laste worden genomen door het RIZIV of door een andere verzekeringsdekking, worden ingediend bij de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, die een naar behoren gemotiveerd advies zal uitbrengen en zal beslissen om de tussenkomst al dan niet toe te kennen en het bedrag ervan zal vaststellen.

Artikel 99bis: Tussenkomsten Comfort+ (de tussenkomsten zijn beperkt tot de verstrekkingen verricht op het Belgisch grondgebied)

Het product Comfort+ geeft recht op alle Comfort-tussenkomsten, alsook op de volgende tussenkomsten:

- Pedicure: tussenkomst van 5 euro per sessie, beperkt tot maximum 5 sessies per jaar. De verzekerde moet de leeftijd van 50 jaar bereikt hebben. De tussenkomst moet uit een medische context voortvloeien en heeft niet uitsluitend een esthetisch doel.
- Oncologie: tussenkomst van maximum 75 euro voor het bedrag dat werkelijk ten laste blijft van de verzekerde na tussenkomst van de verplichte verzekering voor een haar- of borstprothese, de aankoop van aangepaste kledij of de psychologische groepssessies.
- Perinatale kinesitherapie en postnatale verzorging: tussenkomst van 25 euro betaalbaar op het einde van de behandeling, voor minimum 5 sessies. De verstrekkingen moeten worden gerechtvaardigd door het voorleggen van een getuigschrift voor verstrekte hulp van een erkende kinesitherapeut.
- Logopedie: tussenkomst van 10 euro per sessie en maximum 30 sessies per jaar voor kinderen tot 15 jaar, indien de verplichte verzekering niet tussenkomt. De verstrekkingen moeten worden gerechtvaardigd door het voorleggen van een factuur van een erkende logopedist.
- Orthodontische behandeling: tussenkomst van 300 euro per verzekerde bovenop de tussenkomst van de verplichte verzekering. De aanvraag in de verplichte verzekering moet plaatsvinden vóór de vijftiende verjaardag van de verzekerde en de aanvraag van de tussenkomst moet worden ingediend vóór het verstrijken van een termijn van twee jaar vanaf het verkrijgen van de toestemming van de Medische Adviseur. Om de aanvullende tussenkomst te verkrijgen, moet de verzekerde zich richten tot een erkende verstrekker. Hij moet een document van aanvraag van tussenkomst bezorgen dat is ingevuld door hemzelf en door de behandelende orthodontist. De tussenkomst wordt verleend aan de begunstigde van de zorgen of aan zijn wettelijke vertegenwoordiger. Om de tussenkomst van deze dienst te genieten, moet de verzekerde effectief recht hebben op de prestaties van de verplichte verzekering gezondheidszorg.
- Bril: tussenkomst van maximum 60 euro om de drie jaar in de kost van corrigerende glazen of van maximum 60 euro per jaar voor contactlenzen. Om de tussenkomst van deze dienst te genieten, moet de verzekerde effectief recht hebben op de prestaties van de verplichte verzekering gezondheidszorg. De tussenkomst gebeurt enkel als de verplichte verzekering niet tussenkomt. De gedetailleerde factuur van de in België erkende opticien moet voorgelegd worden met vermelding van het bedrag ten laste van de verzekerde en de dioptrie van ieder glas of lens. De aankoop van nieuwe glazen of van nieuwe contactlenzen dient voort te vloeien uit een daadwerkelijke behoefte en niet gewoon uit de wil om van glazen/contactlenzen te veranderen.

Onder daadwerkelijke behoefte moet men verstaan dat, als gevolg van een gewijzigde situatie, de huidige glazen van de verzekerde hem, op het ogenblik van de aankoop, niet langer in staat stellen zijn visuele handicap te regulariseren (glazen die niet langer aan zijn dioptrie aangepast zijn als gevolg van een daling van die dioptrie, gebroken of beschadigde glazen).

- Corrigerende laseroogheelkunde: eenmalige tussenkomst van maximum 100 euro per oog op basis van de aanvraag van tussenkomst.
- Psychotherapie voor een kind: tussenkomst van maximum 30 euro per jaar en per verzekerde tot de leeftijd van 19 jaar. De tussenkomst wordt toegekend na voorlegging van een factuur met briefhoofd van de psychotherapeut die naar behoren is opgesteld en ondertekend.
- Vervoer naar een centrum voor dialyse of chemotherapie: vervoer met ziekenwagen: 100% van de vervoerkost, met een maximum van 150 euro per tussenkomst en van 1.250 euro per jaar. Vervoer met taxi: 100% van de vervoerkost, met een maximum van 75 euro per tussenkomst en van 1.000 euro per jaar. Vervoer met privéwagen: 0,25 euro per kilometer met een maximum van 25 euro per tussenkomst en van 1.000 euro per jaar. De tussenkomst volgt op de tussenkomst voorzien in de verplichte verzekering.
- Opvang van zieke kinderen: deze dienst dient om zieke kinderen van 3 maanden tot 15 jaar gratis thuisoppas te verlenen, van maandag tot vrijdag, van 8u00 tot 19u00, voor een maximumduur van 8 werkdagen /jaar en met een maximum duurtijd van 9 uur per dag. Op deze dienst kan enkel een beroep worden gedaan indien het kind voor wie de tussenkomst wordt gevraagd de hoedanigheid heeft van verzekerde bij het product Comfort+.
- Telehulp: deze dienst heeft tot doel de verzekerden een systeem van personenalarm aan te bieden, dat interventie mogelijk maakt wanneer een verzekerde ofwel ziek wordt, valt of gekwetst is bij een ongeval. De verzekerde of zijn vertegenwoordiger moet een uitleencontract ondertekenen voor het personenalarmsysteem, contact opnemen met de sociale dienst van de afdeling om een uitleencontract voor de aanvraag te laten opstellen, een maandelijkse huurprijs betalen, en de eventuele plaatsingskosten en de eventuele waarborg vereffenen. De tussenkomst bedraagt 40 euro in de kost van de installatie van het toestel en 6,20 euro per maand in de huurkosten.
- Psychologische bijstand: dienst die tot doel heeft individuele psychologische noodhulp te organiseren ten gunste van verzekerden die op het Belgisch grondgebied geconfronteerd worden met traumatiserende gebeurtenissen.

  Onder traumatiserende gebeurtenis moet worden verstaan: gewapende overval, aangevallen en/of bedreigd worden, arbeidsongeval, inbraak, onverwacht overlijden van een echtgenoot, partner of kind, car jacking, home jacking, verlaten van de echtelijke woning, schadegeval in de woonplaats of ernstige ziekte. Als feiten die aanleiding geven tot de tussenkomst zijn uitgesloten: natuurrampen, oorlogsfeiten of feiten van terrorisme. De traumatiserende gebeurtenis moet zijn aangegeven bij en vastgelegd door de bevoegde burgerlijke of politieoverheid. De periode tussen de vraag om bijstand en de traumatiserende gebeurtenis mag niet langer zijn dan een maand. De dienst stelt een telefonisch noodnummer alsook een dienst die 24u op 24, 365 dagen per jaar bereikbaar is, ter beschikking van de betrokken verzekerden.

  De dienst omvat:

  - het beantwoorden van de oproep door een medische dienst en het onmiddellijk doorschakelen naar of telefonisch afspraak maken met een psycholoog;
  - het telefoongesprek tussen de psycholoog en de verzekerde en indien nodig een voorstel tot raadpleging bij een psycholoog die deel uitmaakt van het netwerk van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand of die door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand wordt aanvaard;
  - de tenlasteneming van maximaal 5 raadplegingen bij een psycholoog die deel uitmaakt van het netwerk van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand of die door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand wordt aanvaard. Indien het slachtoffer na het

vijfde gesprek bijkomende hulp nodig heeft, die wordt gerechtvaardigd door het attest dat de psycholoog opmaakt, kan een heroriëntering worden overwogen.

Afdeling 10: Income Two

Artikel 100: Voorwaarden tot toelating

Om als verzekerde toegelaten te worden tot de dekking van onderhavige overeenkomst moet men tevens voldoen aan de voorwaarden van artikel 3 van het Koninklijk Besluit Uitkeringen, meer bepaald:

Zijn gerechtigd op de door dit besluit ingestelde verzekering

1° de zelfstandigen onderworpen aan het Koninklijk Besluit nr. 38 van 27 juli 1967, met uitzondering van:

a) de onderworpenen beoogd in artikel 13 van bedoeld Koninklijk Besluit;

b) de onderworpenen, die krachtens artikel 12, § 2 van bedoeld Koninklijk Besluit, niet premieplichtig zijn of slechts een verminderde premie verschuldigd zijn;

c) de personen, bedoeld in artikel 37, § 1, 1e lid, a, van het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement ter uitvoering van het Koninklijk Besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, die gebruik maken van de mogelijkheid die hun door die bepaling geboden wordt;

2° de verzekerden bedoeld in artikel 32, 1ste lid, 6° bis en 11° quater van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;

3° de verzekerden in staat van arbeidsongeschiktheid in de zin van dit besluit;

4° de meewerkende echtgenoten beoogd in artikel 7bis van het Koninklijk Besluit nr. 38 van 27 juli 1967;

5° de zelfstandige beoogd in 1° of de meewerkende echtgenoot beoogd in 4° die zijn beroepsactiviteit onderbreekt en die geen enkele sociale bijdrage verschuldigd is overeenkomstig de voorwaarden vastgesteld in artikel 50, § 2 van het Koninklijk Besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen.

Indien de kandidaat-verzekerde, bij zijn aanvraag tot afsluiting van het contract, gedurende een periode van meer dan vijftien dagen arbeidsongeschikt is of indien de kandidaat-verzekerde, in de twee jaar voorafgaand aan zijn aanvraag, gedurende één of meer niet onderbroken perioden van vijftien dagen arbeidsongeschikt is geweest, kan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand beslissen om de afsluiting van het contract te weigeren.

Deze bepaling is niet van toepassing in geval van arbeidsongeschiktheid te wijten aan een periode van moederschapsrust in de zin van artikel 93 van het Koninklijk Besluit houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering.

Artikel 100bis: Aanvang, duur en einde van de waarborg

De waarborg vangt aan op de datum die werd vastgelegd in de bijzondere voorwaarden, onder voorbehoud van de ondertekening van de verzekeringsovereenkomst door de partijen en van de betaling van de eerste premie, én pas na het voltooien van de wachttijd.

De dekking wordt verleend voor een bepaalde duur die overeenstemt met de duur van de beroepsloopbaan van de verzekerde als zelfstandige.

De overeenkomst eindigt van rechtswege:

a) zodra de verzekerde niet langer voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het Koninklijk Besluit Uitkeringen;

b) op de overlijdensdatum van de verzekerde;

c) op de leeftijd waarop de verzekerde met pensioen gaat; die leeftijd mag maximum 65 jaar bedragen;

d) op het moment dat de verzekerde niet langer verzekerd is bij één van de afdelingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand;

e) wanneer de verzekerde niet langer is verzekerd in de verplichte verzekering.

Wat de overeenkomst betreft, geldt het volgende:

- de verzekeringsnemer mag de overeenkomst elk jaar opzeggen, op de jaarlijkse vervaldag van de premie, via een aangetekende zending per post of een elektronische gekwalificeerde aangetekende zending (of de overhandiging van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs) ten minste één maand vóór de voornoemde jaarlijkse vervaldag. Die kennisgeving kan ofwel rechtstreeks naar de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand ofwel via één van de afdelingen van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verzonden worden;
- de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand mag de overeenkomst opzeggen in geval van verzwijging of mededeling van onjuiste gegevens in de verklaringen van de verzekeringsnemer bij de afsluiting van de overeenkomst of bij het voorvallen van een schadegeval. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand brengt de verzekerde op de hoogte via een gemotiveerd aangetekend schrijven of via een gemotiveerde elektronische gekwalificeerde aangetekende zending. De opzegging heeft uitwerking binnen 3 dagen volgend op de verzending van dit gemotiveerde aangetekende schrijven of deze elektronische gekwalificeerde aangetekende zending;
- de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand mag de overeenkomst ook opzeggen indien de verzekeringsnemer weigert om zich te schikken naar de statuten van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand of frauduleus of in schending met de wetten van 13 maart 2016 en 6 augustus 1990 of hun uitvoeringsbesluiten handelt. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand brengt de verzekerde op de hoogte via een gemotiveerd aangetekend schrijven of via een gemotiveerde elektronische gekwalificeerde aangetekende zending. De opzegging gaat in binnen 3 dagen volgend op de verzending van dit gemotiveerde aangetekende schrijven of deze elektronische gekwalificeerde aangetekende zending.
- Bovendien mag de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand de overeenkomst opzeggen ingeval de premie niet betaald wordt, aan de hand van een ingebrekestelling die de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand volgens de bepalingen van artikel 9 verstuurd heeft.

  In geval van opzegging zijn de vervallen premies aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand verschuldigd tot de datum waarop de opzegging uitwerking heeft.

  In geval van overlijden van de verzekerde zullen de reeds betaalde premies die betrekking hebben op de maanden volgend op deze waarin het overlijden plaatsgevonden heeft, terugbetaald worden.

  Conform artikel 73 van de wet van 4 april 2014 zal die terugbetaling gebeuren binnen een termijn van 30 dagen te rekenen vanaf de datum waarop de opzegging uitwerking heeft.

Artikel 100ter: Tussenkomsten Income Two

De verzekering waarborgt de betaling van een forfaitaire dagvergoeding bij arbeidsongeschiktheid van de verzekerde. Het bedrag van de forfaitaire dagvergoeding is gelijk aan 25 euro bruto.

De tussenkomst van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand heeft tot doel de verzekerde een aanvullend inkomen te verschaffen voor eerste twee maanden van de periode van primaire vergoedbare ongeschiktheid, zoals gedefinieerd in artikelen 6, 2° en 7 van het Koninklijk Besluit Uitkeringen.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zal de prestatie slechts betalen op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid van de verzekerde conform artikelen 53 tot 60 van het Koninklijk Besluit Uitkeringen erkend werd.

Hiertoe machtigt de verzekerde zijn ziekenfonds uitdrukkelijk om de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand alle nodige inlichtingen te verstrekken. Daarnaast werken de verzekerde en de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand samen om het recht op de prestatie vast te stellen.

De verzekerde geeft de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand de toestemming om aan hem de nodige inlichtingen te vragen en hij werkt mee aan de goede uitvoering van de informatie- en onderzoeksmaatregelen die uit hoofde van het recht op de prestatie noodzakelijk zijn. De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zal afzien van elke maatregel die ten opzichte van het onderzoek van het recht op de prestatie als irrelevant, ongepast en overdreven kan worden beschouwd.

De prestatie die voor de periode van primaire vergoedbare ongeschiktheid betaald wordt, zal gelijk zijn aan het aantal dagen van die periode, met uitzondering van de zondagen, vermenigvuldigd met de forfaitaire dagvergoeding.

Aangezien de duur van de dekking beperkt is tot twee maanden, zal de prestatie maximum 54 dagen omvatten.

Artikel 19 van het KB van 20 juli 1971 wordt hieronder weergegeven.

'In de loop van de tijdvakken van primaire ongeschiktheid wordt de gerechtigde erkend zich in staat van arbeidsongeschiktheid te bevinden wanneer hij, wegens letsels of functionele stoornissen, een einde heeft moeten stellen aan het volbrengen der taken die verband hielden met zijn beroepsbezigheid als zelfstandige gerechtigde en die hij vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid waarnam. Bovendien mag hij geen andere beroepsbezigheid uitoefenen, hetzij als zelfstandige of als helper, hetzij in een andere hoedanigheid. (Vrijwilligerswerk in de zin van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers wordt niet beschouwd als een beroepsbezigheid, voor zover de adviserend geneesheer vaststelt dat deze activiteiten verenigbaar zijn met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene.

Verenigingswerk in de zin van hoofdstuk 1 van titel 2 van de wet van 18 juli 2018 betreffende de economische relance en versterking van de sociale cohesie wordt niet beschouwd als een beroepsbezigheid, voor zover de adviserend arts vaststelt dat deze activiteiten verenigbaar zijn met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene en deze activiteiten een loutere voortzetting zijn van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk, die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief uitgevoerd.

Wanneer de gerechtigde geen beroepsbezigheid meer uitoefende op het ogenblik waarop de staat van arbeidsongeschiktheid aanvangt, dan wordt deze laatste gewaardeerd in functie van de beroepsbezigheid als zelfstandige die hij laatst uitoefende'.

Een verzekerde die, nadat hij als arbeidsongeschikt werd erkend overeenkomstig de artikelen 53 tot 60 van het Koninklijk Besluit Uitkeringen, gelijk welke beroepsactiviteit hervat, kan geen aanspraak maken op de betaling van de prestaties waarin deze overeenkomst voorziet, tenzij hij vooraf de toestemming heeft verkregen van de adviserende arts om een activiteit te hervatten in het kader van de artikelen 23 en 23bis van het Koninklijk Besluit Uitkeringen.

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zal de prestaties waarin de verzekeringsovereenkomst voorziet ten vroegste betalen wanneer de ermee verband houdende uitkeringen krachtens het Koninklijk Besluit Uitkeringen verschuldigd zijn door het ziekenfonds. Er zal slechts één schadegeval per geval van arbeidsongeschiktheid en slechts één schadegeval per verzekeringsjaar vergoed worden, waarbij de referentiedatum de datum is waarop de arbeidsongeschiktheid aanvangt.

De prestatie waarin onderhavige overeenkomst voorziet is onderworpen aan de belastingen en taksen die van kracht zijn op het tijdstip waarop ze gestort wordt.

Hoofdstuk IV Bis – Administratieve dienst

Artikel 101

De Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand organiseert een administratieve dienst ten gunste van de verzekerden, beoogd in artikel 5 van de statuten.

Deze dienst heeft tot doel om de gemeenschappelijke bestuurskosten van de door de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand georganiseerde diensten te verdelen.

Hoofdstuk V – Samenstelling van het maatschappelijk kapitaal

Artikel 102: Samenstelling van het maatschappelijk kapitaal

Het maatschappelijk kapitaal bestaat uit:

a) de opbrengst van de premies;

b) de giften, legaten en toelagen toegekend aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand;

c) de intresten op beleggingen, alsook de op aandelen gemaakte winst.

Dit kapitaal wordt belegd overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen terzake.

Het maatschappelijk kapitaal mag in geen geval gebruikt worden voor een ander doel dan dit dat door de statuten voorgeschreven wordt.

Hoofdstuk VI - Samenwerking

Artikel 103: (geschrapt op 01.07.2006)

Hoofdstuk VII – Wijziging van de statuten

Artikel 104

De statuten kunnen enkel gewijzigd worden door een speciaal hiertoe bijeengeroepen Buitengewone Algemene Vergadering. De oproepingen moeten de beoogde statutenwijzigingen vermelden.

Over wijzigingen van de statuten kan slechts een beslissing genomen worden indien de helft van de leden aanwezig is en op voorwaarde dat de beslissing genomen wordt bij een 2/3 meerderheid van de uitgebrachte stemmen. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet bereikt is, dan kan er een tweede vergadering bijeengeroepen worden die geldig beraadslaagt, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden.

Hoofdstuk VIII – Ontbinding en vereffening

Artikel 105

Voorafgaand aan het voorstel tot ontbinding van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, zal het Directiecomité de Controledienst van de Ziekenfondsen raadplegen.

De ontbinding van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand kan slechts uitgesproken worden op een hiertoe speciaal bijeengeroepen Buitengewone Algemene Vergadering.

De convocatie vermeldt:

1° de redenen van de ontbinding;

2° de financiële toestand van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand;

3° de bestemming van het maatschappelijk kapitaal;

4° de vorm en de voorwaarden van de vereffening.

De Buitengewone Algemene Vergadering beraadslaagt slechts rechtsgeldig voor zover de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is. De ontbindingsbeslissing moet, om rechtsgeldig te zijn, genomen worden bij 2/3 meerderheid van de aanwezige en vertegenwoordigde leden die stemrecht hebben.

De Algemene Vergadering duidt één of meer vereffenaars aan die gekozen worden onder de revisoren die lid zijn van het Instituut voor Bedrijfsrevisoren, volgens de in artikel 642, § 2 van de wet van 13 maart 2016 vastgestelde modaliteiten.

Artikel 106

Bij ontbinding van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand, moeten de reservefondsen bij voorrang gebruikt worden ten gunste van die verzekerden waarvan het recht op verstrekkingen ontstaan is vóór de stopzetting van deze diensten.

De Algemene Vergadering zal aan de eventueel overblijvende activa, een bestemming geven die beantwoordt aan haar statutaire doelstellingen.

Hoofdstuk IX – Gevallen waarin niet voorzien wordt door de statuten

Artikel 107: (Geschrapt: juni 2013)

Hoofdstuk X – Inwerkingtreding van de statuten

Artikel 108

Deze statuten treden in werking op de door de Algemene Vergadering vastgestelde datum.

Hoofdstuk – Einde bepalingen

Artikel 109

Alle klachten betreffende de verzekeringen, beoogd in deze statuten, kunnen gericht worden:

- aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand door toedoen van de afdeling, waarbij de verzekerde aangesloten is;
- aan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand door middel van een e-mail aan Complaints@mloz.be;
- aan de Ombudsman voor de Verzekeringen, Meeûssquare 35 te 1000 Brussel – www.ombudsman-insurance.be.

Bijlage: premies op 1 januari 2024

Maandbedragen in € op 01/01/2024, alle heffingen inbegrepen, in functie van de leeftijd op 01/01/2024

Leeftijdsgroepen	Hospitalia
Aansluiting bij het product Hospitalia	
• **Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar (1)**	
jonger dan 18 jaar	4,11
van 18 tot 24 jaar	5,38
van 25 tot 49 jaar	11,41
van 50 tot 59 jaar	14,10
60 jaar en ouder	30,93
• **Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar (1)**	
46 tot 49 jaar (+ 5%)	11,98
50 tot 59 jaar (+ 5%)	14,80
60 jaar en ouder (+ 5%)	32,47
• **Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar (1)**	
Op 49 jaar (+ 10%) (2)	12,55
50 tot 59 jaar (+ 10%)	15,51
60 jaar en ouder (+ 10%)	34,02
• **Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar (1)**	
55 tot 59 jaar (+ 50%)	21,15
60 jaar en ouder (+ 50%)	46,40
• **Na 01/01/1994, en tot 30/06/2014, op de leeftijd 60 jaar en ouder (1)**	
Op 59 jaar (+70%) (2)	23,97
60 jaar en ouder (+70 %)	52,58
• **Vanaf 01/07/2014, op de leeftijd van 60 jaar en ouder (1)**	
Aansluiting tussen 60 en 70 jaar (3) (4)	52,58
Aansluiting tussen 71 en 75 jaar (3)	55,67
Aansluiting op 76 jaar en ouder (3)	58,77

(1) Op de begindatum van de aansluiting bij Hospitalia.
(2) Leeftijd op 1 januari van het aansluitingsjaar
(3) Vanaf 01/07/2014, op de begindatum van de aansluiting.
(4) Indien de verzekerde 59 jaar is op 1 januari, zal hij het eerste jaar, een premie van 23,63 euro betalen.

Maandbedragen in € op 01/01/2024, alle heffingen inbegrepen, in functie van de leeftijd op 01/01/2024

Leeftijdsgroepen	Hospitalia Medium
Aansluiting bij het product Hospitalia Medium	
• **Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar (1)**	
jonger dan 18 jaar	6,62
van 18 tot 24 jaar	8,33
van 25 tot 49 jaar	21,10
van 50 tot 59 jaar	25,88
60 jaar en ouder	46,65
• **Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar (1)**	
46 tot 49 jaar (+ 5%)	22,13
50 tot 59 jaar (+ 5%)	27,16
60 jaar en ouder (+ 5%)	48,97
• **Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar (1)**	
Op 49 jaar (+ 10%) (2)	23,18
50 tot 59 jaar (+ 10%)	28,45
60 jaar en ouder (+ 10%)	51,30
• **Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar (1)**	
55 tot 59 jaar (+ 50%)	38,73
60 jaar en ouder (+ 50%)	69,88
• **Na 01/01/1994, tussen 60 en 64 jaar (1)**	
Op 59 jaar (+70%) (2)	43,86
60 jaar en ouder (+70 %)	79,18

(1) Op de datum van het begin van de aansluiting.
(2) Leeftijd op 1 januari van het aansluitingsjaar.

Maandbedragen in € op 01/01/2024, alle heffingen inbegrepen, in functie van de leeftijd op 01/01/2024

Leeftijdsgroepen	Hospitalia Plus
Aansluiting bij het product Hospitalia Plus	
• **Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar (1)**	
jonger dan 18 jaar	7,61
van 18 tot 24 jaar	9,54
van 25 tot 49 jaar	24,21
van 50 tot 59 jaar	29,72
60 jaar en ouder	53,58
• **Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar (1)**	
46 tot 49 jaar (+ 5%)	25,42
50 tot 59 jaar (+ 5%)	31,20
60 jaar en ouder (+ 5%)	56,25
• **Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar (1)**	
op 49 jaar (+ 10%) (2)	26,62
50 tot 59 jaar (+ 10%)	32,67
60 jaar en ouder (+ 10%)	58,90
• **Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar (1)**	
55 tot 59 jaar (+ 50%)	44,46
60 jaar en ouder (+ 50%)	80,27
• **Na 01/01/1994, tussen 60 en 64 jaar (1)**	
op 59 jaar (+70%) (2)	50,36
60 jaar en ouder (+70 %)	90,92

(1) Op de begindatum van de aansluiting
(2) Leeftijd op 1 januari van het aansluitingsjaar

Maandbedragen in € op 01/01/2024, alle heffinten inbegrepen, in functie van de leeftijd op 01/01/2024

Leeftijdsgroepen :	
Aansluitingen bij de Waarborg Zware Ziektes*	
Jonder dan 18 jaar	0,32
van 18 tot 24 jaar	0,39
van 25 tot 49 jaar	1,05
van 50 tot 59 jaar	1,28
60 jaar en ouder	2,34

* Er is geen verhoging van de premie voor de Waarborg “Zware Ziektes”

Maandbedragen in € op 01/01/2024, alle heffingen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Leeftijdsgroepen op 01/01/2024 *% Taks inbegrepen*	Hospitalia Ambulatoire *9,25 %*
Aangesloten bij het product Hospitalia Ambulant:	
Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar (1)	
jonger dan 18 jaar	9,37
van 18 tot 24 jaar	9,64
van 25 tot 49 jaar	19,77
van 50 tot 59 jaar	28,48
60 jaar en ouder	44,78
Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar (1)	
46 tot 49 jaar (+ 5%)	20,75
50 tot 59 jaar (+ 5%)	29,90
60 jaar en ouder (+ 5%)	47,02
Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar (1)	
49 jaar (+ 10%) **(2)**	21,74
50 tot 59 jaar (+ 10%)	31,33
60 jaar en ouder (+ 10%)	49,26
Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar (1)	
55 tot 59 jaar (+ 50%)	42,72
60 jaar en ouder (+ 50%)	67,17
Na 01/01/1994, op 60-jarige leeftijd of ouder (1)	
59 jaar (+ 70%) **(2)**	48,42
60 jaar en ouder (+70%)	76,13

(1) Op de begindatum van de aansluiting.
(2) Leeftijd op 1 januari van het aansluitingsjaar

Maandbedragen in € op 01/01/2024, alle heffingen inbegrepen, in functie van de aansluitingsleeftijd bij HC

Leeftijdsgroepen Op 01/01 van hetaansluitingsjaar	Hospitalia Continuïteit
Van 0 tot 17 jaar	3,13
Van 18 tot 24 jaar	3,87
Van 25 tot 29 jaar	4,93
Van 30 tot 34 jaar	5,87
Van 35 tot 39 jaar	6,75
Van 40 tot 45 jaar	7,46
Van 46 tot 49 jaar	8,37
Van 50 tot 54 jaar	9,39
Van 55 tot 59 jaar	17,82
Van 60 tot 64 jaar	24,16

Maandbedragen in € op 01/01/2024, alle heffingen inbegrepen

Leeftijdsgroepen Op 01/01/2024	Forfait H
Jonger dan 18 jaar	0,55
Van 18 tot 24 jaar	0,95
Van 25 tot 49 jaar	1,76
Van 50 tot 59 jaar	2,50
60 jaar en ouder	5,92
• **Verhoogde bijdragen, op de datum van aansluiting tussen 46 en 49 jaar**	
Van 46 tot 49 jaar (+ 5%)	1,85
Van 50 tot 59 jaar (+ 5%)	2,63
60 jaar en ouder (+ 5%)	6,22
• **Verhoogde bijdragen, op de datum van aansluiting tussen 50 en 54 jaar**	
Op 49 jaar (+ 10%)*	1,94
Van 50 tot 59 jaar (+ 10%)	2,75
60 jaar en ouder (+ 10%)	6,51
• **Verhoogde bijdragen, op de datum van aansluiting tussen 55 en 59 jaar**	
Van 55 tot 59 jaar (+ 50%)	3,75
60 jaar en ouder (+ 50%)	8,88
• **Verhoogde bijdragen, op de datum van aansluiting op 60-jarige leeftijd of ouder**	
Op 59 jaar (+ 70%)*	4,25
60 jaar en ouder (+ 70%)	10,06

* Leeftijd op 1 januari van het jaar van de aansluiting

Maandbijdragen, in € op 01/01/2024, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Dentalia Plus	Leeftijdsgroepen op 01/01/2024
Aangesloten bij het product:	
• **Vóór 01/01/2011 of aangesloten, na deze datum, jonger dan 40 jaar (1)**	
Van 0 tot 3 jaar	0,00
Van 4 tot 6 jaar	4,19
Van 7 tot 17 jaar	8,15
Van 18 tot 29 jaar	9,31
Van 30 tot 44 jaar	12,68
Van 45 tot 59 jaar	17,84
60 jaar en ouder	19,08
• **Na 01/01/2011, tussen 40 en 44 jaar (1)**	
Van 40 tot 44 jaar	17,09
Van 45 tot 59 jaar	24,08
60 jaar en ouder	25,75
• **Na 01/01/2011, tussen 45 en 59 jaar (1)**	
Op 44 jaar (2)	19,00
Van 45 tot 59 jaar	26,76
60 jaar en ouder	28,61
• **Na 01/01/2011, tussen 60 en 64 jaar (1)**	
Op 59 jaar (2)	30,33
60 jaar en ouder	32,44

(1) Op begindatum aansluiting
(2) Leeftijd op 1 januari van het jaar van de aansluiting

Maandbedragen, in € op 01/01/2024, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Dentalia Up	Leeftijdsgroepen op 01/01/2024
Aangesloten bij het product :	
• **Jonger dan 40 jaar (1)**	
Van 0 tot 3 jaar	0,00
Van 4 tot 6 jaar	3,91
Van 7 tot 19 jaar	7,59
Van 20 tot 34 jaar	8,67
Van 35 tot 44 jaar	11,80
Van 45 tot 49 jaar	16,61
Van 50 tot 64 jaar	16,61
65 jaar of ouder	17,75
• **Tussen 40 en 44 jaar (1)**	
Van 35 tot 44 jaar	15,93
Van 45 tot 49 jaar	22,42
Van 50 tot 64 jaar	22,42
65 jaar of ouder	23,96
• **Tussen 45 en 59 jaar (1)**	
Op 44 jaar (2)	17,70
Van 45 tot 49 jaar	24,92
Van 50 tot 64 jaar	24,92
65 jaar of ouder	26,63
• **Vanaf 60 jaar en ouder (1)**	
Van 50 tot 64 jaar	28,24
65 jaar of ouder	30,18

(1) Op de begindatum van de aansluiting
(2) Leeftijd op 1 januari van het jaar van aansluiting

Maandbijdragen, in € op 01/01/2024, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Medicalia	Leeftijdsgroepen op 01/01/2024
Van 0 tot 6 jaar	0,00
Van 7 tot 17 jaar	17,55
Van 18 tot 29 jaar	19,58
Van 30 tot 44 jaar	20,24
Van 45 tot 59 jaar	31,06
60 jaar en ouder	52,71

Dagvergoedingen OZ 2024 - Jaarbijdragen

Antwerps Ziekenfonds			
	Jaarpremie	Taks	Totaal
Reeks 1	17,88	1,68	19,56
Reeks 2	35,64	3,24	38,88
Reeks 3	53,52	4,92	58,44
Reeks 4	71,40	6,60	78,00
Reeks 5	89,28	8,28	97,56
Reeks 6	107,04	9,96	117,00
Helpt Elkander			
	Jaarpremie	Taks	Totaal
	14,88	1,32	16,20
Medische Ziekenkas			
	Jaarpremie	Taks	Totaal
Reeks W	129,36	12,00	141,36
Reeks X	208,20	19,20	227,40
Reeks Y	279,60	25,92	305,52
Reeks Z	309,36	28,56	337,92
Reeks I	401,64	37,20	438,84
Reeks J	452,16	41,88	494,04

Dagvergoedingen Xerius 2024 - Jaarbijdragen

Reeks	**Jaarpremie**	taks	Totaal
ZELFSTANDIGEN			
40160	465,60	43,07	508,67
NA	339,00	31,36	370,36
NC	837,00	77,42	914,42
NX	1.185,00	109,61	1.294,61
TC	1.200,00	111,00	1.311,00

Maandbijdragen, in € op 01/01/2024, alle taksen inbegrepen

Maandbedragen 2024	**Comfort**	**Comfort/Comfort +**
1 titularis zonder persoon ten laste	3,66	5,94
Anderen	5,88	8,54

Maandbijdragen, in € op 1/01/2024, alle taksen inbegrepen

Maandbedragen 2024	**Income 2**
< 40 jaar	10,66
40-49 jaar	12,37
> 49 jaar	15,75

Bijlage: Vergoedingen van de leden van de instanties

De Algemene Vergadering heeft, per beslissing van 24 juni 2022, de volgende vergoedingen goedgekeurd:

Leden van de Algemene Vergadering

Toegekende bedragen

Aan de leden van de Algemene Vergadering, zal een forfaitaire vergoeding toegekend worden van:

- € 0,4170/km (*) voor de reiskosten;
- € 18,11 (*) voor de kosten van maaltijden.

Personen die dit wensen, mogen afstand doen van die vergoedingen.

Leden van de Raad van Bestuur

Terugbetaling van de kosten voor de deelname aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur

Toegekende bedragen

Voor de deelneming aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur, zal een forfaitaire vergoeding toegekend worden van:

- € 0,4170/km (*) voor de reiskosten;
- € 18,11(*) voor de kosten van maaltijden.

Personen die dit wensen, mogen afstand doen van die vergoedingen.

Vergoedingen van de leden van de Raad van Bestuur

De volgende principes zijn van toepassing:

- **Voorzitter van de VMOB:** toekenning van een jaarlijkse vergoeding van € 23.000 die het volgende omvat: een forfaitair (*niet-geïndexeerd*) bedrag bij wijze van terugbetaling van onkosten naar rata van € 300, per maand – een (*niet-geïndexeerd*) presentiegeld van € 750, per vergadering – betaling van het overblijvende bedrag in de vorm van een bezoldiging.
- **Voorzitter van het Auditcomité:** toekenning van een jaarlijkse vergoeding van € 17.500 die het volgende omvat: een (*niet-geïndexeerd*) presentiegeld van € 750, per vergadering – betaling van het overblijvende bedrag in de vorm van een bezoldiging.
- **Niet-uitvoerende bestuurders**: toekenning van een *(niet-geïndexeerd)* presentiegeld van € 750 per vergadering (de vergaderingen van de Raden van Bestuur en van de Comités van de Raad van Bestuur, waaraan de bestuurder deelneemt).
- **Uitvoerende bestuurders** (bezoldigd door de VMOB, de Landsbond of een ziekenfonds): geen vergoeding.

De nieuwe vergoedingen zijn van kracht vanaf 1 juli 2022.

*Deze bedragen worden jaarlijks geïndexeerd.