Conditions générales Forfait H
au 1er janvier 2027

Conditions générales Forfait H de la société mutualiste MLOZ Insurance votées par le Conseil d'Administration du 16 septembre 2026 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 14 octobre 2026

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Partenamut - Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Freie Krankenkasse). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités.
Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles)
www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. - 11/2026

Forfait H

1. DEFINITIONS

1.1. Assureur : la SOCIETE MUTUALISTE D'ASSURANCES "MLOZ Insurance", entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de la loi précitée, sous le numéro de code OCM 750/01.

1.2. Preneur d'assurance : la personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des assurés, et qui est tenue au paiement de la prime.

1.3. Assuré : Par assuré, on entend la personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement assuré et qui est le bénéficiaire du contrat d'assurance.

1.4. Sections : les sections de MLOZ Insurance sont les intermédiaires qui offrent les produits d'assurance : 509 : Partenamut (www.partenamut.be) - 526 : Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

1.5. Hospitalisation : tout séjour comportant au moins une nuit dans un hôpital, c'est-à-dire dans un établissement reconnu comme tel par le SPF Santé Publique, où il est fait usage des moyens de diagnostic et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

1.6. Hospitalisation de jour :

Par hospitalisation de jour, on entend exclusivement :

- une admission et un séjour dans un hôpital, c'est-à-dire dans un établissement reconnu comme tel par le SPF Santé Publique, sans nuitée et où le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables. Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médicotechniques sous la surveillance et la direction d'un médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins adéquates ;
- une fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" agréée sur la base des dispositions prévues par l'AR du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée.

Les dispositions de la Convention Nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, en vigueur à la date de prestation, seront appliquées. MLOZ Insurance présume que la facture d'hôpital reflète la bonne application de la Convention.

1.7. Accident : un événement soudain et indépendant de la volonté de la personne assurée causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme. Cet accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.

1.8. Facture patient, note d'honoraires et facture pour soins ambulatoires à l'hôpital : les documents prévus respectivement à l'annexe 37, à l'annexe 38 et à l'annexe 37bis du règlement du 1er février 2016 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

1.9. Quittance : le document utilisé par la mutualité en dehors du cadre du tiers payant.

1.10. Stage : la période pendant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestations et prenant cours à la date de début dudit contrat.

1.11. Tentative de suicide : il s'agit d'un comportement inhabituel n'ayant pas entraîné la mort, que la personne initie et adopte en s'attendant à ou en risquant de mourir ou de subir des dommages corporels dans le but d'obtenir des changements souhaités.

2. ADMISSION

2.1. Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Forfait H et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 2 sections énoncées ci-dessus, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Partenamut - Helan Onafhankelijk ziekenfonds).

Il n'y a pas de limite d'âge pour l'affiliation au Forfait H.

2.2. Influence du non-paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité sur votre affiliation à MLOZ Insurance.

Il est important que vous soyez toujours en règle au niveau du paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité.

Le fait que vous ne soyez plus en règle à ce niveau peut avoir des conséquences importantes sur votre affiliation à MLOZ Insurance et sur les couvertures d'assurances que vous avez conclues.

2.2.1. Conséquences au niveau de l'affiliation à MLOZ Insurance

Vous ne pourrez vous affilier à MLOZ Insurance que pour autant que vous n'ayez pas subi une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité suite au non-paiement des cotisations pour ces services sur une période consécutive de 24 mois.

2.2.2 Conséquences au niveau du maintien de votre affiliation à MLOZ Insurance

Si vous êtes déjà affilié à MLOZ Insurance, celle-ci sera tenue légalement de mettre fin à votre affiliation, et donc à l'ensemble de vos couvertures, si vous êtes sanctionné par une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité, suite au non-paiement des cotisations pour ces services durant une période consécutive de 24 mois. Cette exclusion automatique devra se faire indépendamment du fait que vous avez toujours payé régulièrement vos primes pour les assurances prises auprès de MLOZ Insurance.

Vous ne pourrez ensuite vous réaffilier à MLOZ Insurance (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) que pour autant que vous recommenciez à payer régulièrement vos cotisations pour les services complémentaires de votre mutualité. La période pendant laquelle vous devez payer des cotisations sans pouvoir prétendre aux prestations

des services complémentaires dépend du fait que vous êtes ou étiez en situation digne d'intérêt (par exemple (mais non exhaustif) revenu d'intégration règlement collectif de dette, faillite personnelle,...). Toute interruption de 6 mois dans le paiement de ces cotisations pendant la période visée dans la phrase précédente entraîne une nouvelle exclusion de MLOZ Insurance

3. CONCLUSION ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

Toute demande d'affiliation doit être adressée au moyen des formulaires établis par MLOZ Insurance ou via le site internet de la section à laquelle le preneur est lié.

Le contrat d'assurance est formé par la lettre d'acceptation et les conditions générales, et par les avenants.

Le contrat d'assurance prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel MLOZ Insurance a reçu la "Demande de nouvelle affiliation ou changement de produit" dûment complété (le datage interne ou scanning ou on line faisant foi), si la première prime est reçue par MLOZ Insurance, pour chaque assuré au plus tard le dernier jour du 3ème mois qui suit la date d'affiliation.

L'affiliation d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté de moins de trois ans, non dispensé de stage, prend cours le premier jour du mois qui suit sa naissance ou son adoption, à condition que la demande d'affiliation soit reçue par MLOZ Insurance avant la fin du 3ème mois qui suit la naissance ou son adoption, et que la première prime soit perçue par MLOZ Insurance au plus tard le dernier jour du 3ème mois qui suit la date d'affiliation.

Le paiement spontané d'une prime sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation. En cas de non-respect du délai de 3 mois énoncé ci-avant, cette prime sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise.

La décision d'acceptation est communiquée par lettre au candidat preneur d'assurance. La lettre détaillera le montant et la date du paiement de la première prime, la date d'acceptation de l'affiliation et de prise de cours de l'affiliation, la durée du stage, la durée viagère de l'affiliation et le produit d'assurance offert.

3.2. Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu à vie.

Il prend néanmoins fin en cas de :

- résiliation par le preneur d'assurance, conformément aux modalités prévues par la loi du 4 avril 2014, moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le premier jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qualifié (via digiconnect.be), la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à MLOZ Insurance, soit via une des sections visées ci-dessus. Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas d'un changement de couverture hospitalière au sein d'Hospitalia ;
- fraude ou de tentative de fraude ;
  - la garantie d'assurance est refusée ou réduite proportionnellement au préjudice subi par MLOZ Insurance ; et
  - le contrat est résilié.
- préjudice causé volontairement aux intérêts de MLOZ Insurance et notamment en cas d'omission ou inexactitude intentionnelles dans ses déclarations lors de son affiliation ou lors de l'introduction des demandes de remboursement, ou pour refus de se conformer aux présentes dispositions, le contrat d'assurance est nul. Il peut également être décidé de la nullité de l'affiliation de l'assuré. Dans les deux cas, les primes, échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle de données inexactes, reviennent à MLOZ Insurance ;
- résiliation par l'assureur en cas de non-paiement des primes ;
- exclusion des services complémentaires mutualistes ;
- mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres (résiliation de plein droit);
- décès ;
- nullité

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.1. Début de la garantie d'assurance

La garantie d'assurance prend cours à la date du début du contrat d'assurance déterminée dans la lettre d'acceptation pour autant que les stages aient pris fin.

4.1.1. Règle générale : stage de 3 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de MLOZ Insurance, un stage de 3 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. MLOZ Insurance n'intervient pas pour une hospitalisation, ni pour des soins ambulatoires ayant débuté pendant le stage.

4.1.2. Règles particulières :

- Dispense de stage pour le nouveau-né ou l'enfant adopté

  Si un des parents est affilié à MLOZ Insurance à une date d'affiliation précédant celle de la naissance ou de l'adoption, le nouveau-né est couvert dès sa naissance et l'enfant adopté de moins de trois ans dès la date de son adoption, sans questionnaire médical, moyennant la remise d'une copie de l'acte de naissance ou d'adoption avant la fin du 3ème mois qui suit sa naissance ou son adoption, et à condition que la première prime soit perçue au plus tard le dernier jour du 6ème mois qui suit la date d'affiliation. La première prime ne sera redevable qu'à partir du premier jour du mois qui suit la naissance ou l'adoption. Ceci n'est valable que si le titulaire de l'enfant en assurance obligatoire a terminé son stage.

- Suspension en cas de détention

  En cas de détention et à la demande du preneur, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus. Ces droits et obligations reprennent leurs effets à partir du premier jour du mois qui suit la demande du preneur de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa prime dans les 15 jours de la demande de paiement par MLOZ Insurance.

- Dérogation au stage en cas d'accident

  MLOZ Insurance intervient pour toute hospitalisation étant la résultante d'un accident ayant entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les dispositions du présent document à condition que l'accident soit postérieur à la date d'affiliation. Cette intervention est subordonnée à l'avis favorable du Conseiller Médical de MLOZ Insurance.

- Dérogation au stage pour les assurances hospitalisation similaires

  MLOZ Insurance intervient pour les nouveaux assurés établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts jusqu'à la date de leur affiliation auprès de MLOZ Insurance et depuis 3 mois, par une assurance hospitalisation similaire de type "forfaitaire", c'est-à-dire une assurance dont les remboursements sont effectués sur base d'un montant forfaitaire par journée d'hospitalisation.

4.2. Exclusions de la garantie

Pour toutes les couvertures et types de chambres

Ne sont pas couverts, les frais d'hospitalisation et de soins afférents à une maladie ou un accident :

- résultant de faits de guerre, à l'exclusion du terrorisme : toutefois, la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si le preneur a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés, sauf la preuve à apporter par le preneur qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- survenant lorsque le preneur se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou par délit. Par délit, on vise également les délits requalifiés en contravention ;
- résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par le preneur. Le sinistre intentionnel est celui qui résulte d'un comportement adopté "volontairement et sciemment" par l'assuré et qui a causé un dommage "raisonnablement prévisible". Il n'est toutefois pas requis que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit. La tentative de suicide et le suicide ne sont pas assimilés à des faits intentionnels ;
- résultant d'ivresse, d'alcoolisme et de toxicomanie ;
- résultant de réactions nucléaires, à l'exclusion du terrorisme.

4.3. Fin de la garantie

La garantie d'assurance prend fin en même temps que la fin du contrat d'assurance.

5. DROIT AUX PRESTATIONS

MLOZ Insurance et le preneur collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations qui est établi sur base des renseignements fournis. Le preneur autorise l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engage à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu. L'assureur s'abstient de toute mesure qui, par rapport à l'examen du droit aux prestations, s'avère inadéquate, sans pertinence et excessive.

Si le preneur peut prétendre à la réparation d'un dommage, l'assureur est subrogé aux droits du preneur dans la mesure de ses prestations. Les conventions conclues par le preneur d'assurance avec des tiers ayant pour objet des droits qui existent en vertu du contrat d'assurance ou qui naissent en exécution du contrat d'assurance ne sont opposables à l'assureur qu'à partir de la date où celui-ci les a approuvées.

6. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur est tenu :

- de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique aux sièges de l'assureur ou de ses sections ;
- d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien du contrat ne sont plus réunies ;
- d'aviser l'assureur au plus tôt de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement ;
- de fournir à l'assureur ou à ses sections tout renseignement demandé.

Si le preneur enfreint les obligations du contrat d'assurance ou celles nées de l'exécution du contrat, et si à la suite d'un sinistre, ce manquement cause un préjudice, l'assureur peut réduire ses prestations à due concurrence.

7. PRIMES

Montants mensuels en € au 01/01/2027, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2027

Affiliés au produit Forfait H			
Avant l'âge de 46 ans*		**Entre 46 et 49 ans***	
moins de 18 ans	0,55	de 46 à 49 ans	1,85
de 18 à 24 ans	0,95	de 50 à 59 ans	2,63
de 25 à 49 ans	1,76	60 ans et plus	6,22
de 50 à 59 ans	2,50		
60 ans et plus	5,92		
Entre 50 et 54 ans*		**Entre 55 et 59 ans***	
49 ans**	1,94	de 50 à 59 ans	3,75
de 50 à 59 ans	2,75	60 ans et plus	8,88
60 ans et plus	6,51		
À l'âge de 60 ans et plus*			
59 ans**	4,25		
60 ans et plus	10,06		

* A la date de début d'affiliation
** Âge au 1er janvier de l'année d'affiliation

Une majoration de prime respective de 5, 10, 50 et 70 % est calculée sur les taux de base pour les preneurs qui, à la date de l'affiliation au Forfait H, sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans, 60 ans et plus.

8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA PRIME

Le preneur est redevable de la prime à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année).

La prime est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.

Est considérée comme anticipative, toute prime reçue avant le premier jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année.

Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa prime avant le premier jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste ou du recommandé électronique qualifié. Cette mise en demeure l'informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ d'un délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d'office a lieu. Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa prime au terme d'un trimestre se verra d'office porter en compte une indemnité forfaitaire de € 15 à titre de frais de rappel.

Le preneur désaffilié ne pourra se réaffilier (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) que pour autant qu'il ait acquitté toutes les primes échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

9. SEGMENTATION ASSURANCES HOSPITALIERES

Lors de l'affiliation à un contrat d'assurance, les compagnies d'assurances appliquent des critères de segmentation qui influencent tant l'accès au produit d'assurance que la détermination des primes et la portée de la garantie.

Vous trouverez, ci-dessous, un aperçu des différents critères que MLOZ Insurance utilise dans le cadre de ses assurances hospitalisation.

Les critères suivants sont pris en considération pour le Forfait H :

9.1. Lors de la prise de cours du contrat :

9.1.1. L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement et d'hospitalisation ainsi que le montant des remboursements augmentent avec l'âge. L'âge est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la prime ainsi que dans l'accès au produit.

a) L'accès peut être limité en fonction du produit choisi. Il n'y a pas d'âge limite pour le Forfait H.

b) Selon le produit choisi, l'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime.

9.1.2. L'existence précédente d'une assurance similaire a un impact sur le stage : il pourra être réduit ou supprimé pour les assurés qui étaient couverts par une assurance similaire jusqu'à la date de leur affiliation auprès de MLOZ Insurance. Le stage sera réduit à due concurrence de la durée de ladite assurance.

MLOZ Insurance n'opère pas de distinction en fonction de la nature de l'assurance - mutualiste ou via un assureur privé (individuelle/collective) - par laquelle l'assuré était couvert avant son affiliation à MLOZ Insurance.

9.2. Durant le contrat :

L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement et hospitalisation augmentent avec l'âge ainsi que le montant des débours. Le montant de la prime augmente dès lors en fonction de l'âge de l'assuré.

10. ADAPTATION DE LA PRIME, DES PRESTATIONS ET DES CONDITIONS GENERALES

La prime, les conditions tarifaires et les conditions de couverture des prestations sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'assureur constitue sur base de critères actuariels et techniques d'assurance.

Sans préjudice des possibilités légales d'adaptation et en dehors de leur adaptation à l'indice des prix à la consommation, les primes ne peuvent être augmentées.

Pour l'application de l'indexation, il sera procédé à une comparaison entre le taux de l'indice du mois d'avril de l'année en cours et le taux de l'indice du même mois de l'année précédente.

Cette variation du taux d'indice est exprimée en pourcentage et peut être appliquée à la prime et aux prestations en vigueur avant l'indexation.

MLOZ Insurance a la possibilité de décider annuellement de ne pas faire usage ou de ne faire que partiellement usage des possibilités d'indexation des primes sur base de cet indice.

Les primes seront néanmoins majorées en fonction des différentes taxes applicables en la matière.

Les primes, ainsi que la couverture, peuvent être modifiées en exécution de l'article 504 de la loi du 13 mars 2016.

11. REMBOURSEMENTS DU FORFAIT H

Le Forfait H intervient dans les frais supportés durant une hospitalisation ou une hospitalisation de jour en Belgique à concurrence d'un montant forfaitaire journalier de € 12,35.

L'intervention est due en cas d'hospitalisation dans un service agréé, soit les suivants :

17 (M)	Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M
18 (n)	Nouveau-né hospitalisé en service N*(n) alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital.
19 (n)	section des soins néonatals non intensifs
20 (B)	service de traitement de la TBC
21 (C)	service de diagnostic et de traitement chirurgical
22 (D)	service de diagnostic et de traitement médical
23 (E)	service de pédiatrie
24 (H)	service d'hospitalisation simple
25 (L)	service des maladies contagieuses
26 (M)	service de maternité
27 (N)	service des soins néonatals intensifs
29	unité de traitement des grands brûlés
30 (G)	service de gériatrie et de revalidations
34 (K)	service de psychiatrie infantile (jour et nuit)
37 (A)	service neuropsychiatrique (jour et nuit)
41 (T)	service psychiatrique (jour et nuit)
48 (IB)	service de traitement intensif des patients psychiatriques
49 (I)	service de soins intensifs
61 à 66 (Sp)	services spécialisés :
61	affections cardio-pulmonaires
62	affections locomotrices
63	affections neurologiques
64	affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65	polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66	affections psychogériatriques

Limitations :

En cas de séjour dans un service G ou Sp, MLOZ Insurance intervient dans les frais, à concurrence des 25 premiers jours maximum, par cas d'hospitalisation. En cas de nouvelle hospitalisation en service G ou Sp, MLOZ Insurance n'interviendra, que pour autant qu'un délai de 6 jours calendrier, minimum, se soit écoulé depuis la fin de l'hospitalisation précédente. Toutefois, lorsque ce délai n'est pas écoulé, MLOZ Insurance interviendra pour le solde de 25 jours non remboursés lors de l'hospitalisation précédente.

En cas de séjour dans un service 34, 37, 41 et 48, MLOZ Insurance intervient dans les frais à concurrence de maximum 10 jours par an.

12. PRESTATIONS NON COUVERTES

MLOZ Insurance n'intervient pas :

- pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique et/ou à la chirurgie réfractive, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical ;
- pour les prestations du type "cure de rajeunissement" ;
- pour les prestations au profit d'un assuré refusant de recevoir la visite d'un médecin, d'une infirmière ou d'une assistante sociale désigné(e) par MLOZ Insurance.

13. INTERVENTIONS

13.1. Prescription

L'action en paiement des prestations dans le cadre des avantages et toute autre action dérivant du contrat d'assurance se prescrivent par un délai de 3 ans à compter du jour de l'événement qui y donne ouverture, soit le jour de réalisation du risque couvert.

13.2. Contrôle médical

Les prestations ne sont accordées que sous réserve du droit pour MLOZ Insurance de faire contrôler à tout moment par le Conseiller Médical, l'état de santé de l'assuré et le bien-fondé des prestations.

13.3. Paiement des avantages

Pour avoir droit aux remboursements, le preneur doit être en ordre de primes.

Pour obtenir les avantages prévus dans Forfait H, le preneur remplira un document "Demande d'intervention" délivré par MLOZ Insurance et fournira à celle-ci toutes les pièces justificatives étayant ses débours : soit la facture originale, soit une copie de la facture originale, soit une attestation de l'hôpital sur la durée du séjour hospitalier et du numéro de service.

MLOZ Insurance pourra réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Les pièces justificatives transmises à MLOZ Insurance par voie digitale en vue de l'obtention d'une intervention sont autorisées. Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). MLOZ Insurance se réserve le droit de réclamer l'original à l'assuré qui doit le conserver ou devra supporter les éventuels coûts de duplicata.

Les remboursements seront octroyés aux assurés effectifs ou à toute personne ayant leur procuration par la "Demande d'intervention" après réception des notes de frais exposés et du décompte des interventions légales.

14. TRAITEMENT DES DONNEES

Les données à caractère personnel du preneur d'assurance et de ses assurés seront traitées par MLOZ Insurance en tant que responsable de traitement et par les Mutualités Libres, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière dans le cadre de l'octroi et de la gestion du produit d'assurance auquel le preneur d'assurance a souscrit et conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »). Les données à caractère médical sont recueillies et traitées sous la surveillance et la responsabilité du Conseiller Médical de MLOZ Insurance. La politique en matière de vie privée de MLOZ Insurance est disponible via le lien www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance, ou sur simple demande en agence ou par courrier (MLOZ - DPO, Route de Lennik 788A à 1070 Bruxelles).

Ce résumé n'a qu'une valeur informative, seuls les statuts déterminent les droits et les obligations des preneurs de MLOZ Insurance. Ils peuvent être consultés au siège social de MLOZ Insurance ou sur le site www.mloz.be.