Algemene voorwaarden Forfait H
op 1 januari 2027

Algemene voorwaarden Forfait H van de maatschappij van onderlinge bijstand MLOZ Insurance, gestemd door de Raad van Bestuur van 16 september 2026 en door de Buitengewone Algemene Vergadering van 14 oktober 2026

MLOZ Insurance is de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Partenamut - Freie Krankenkasse). Erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.
Hoofdzetel: Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel - België (RPR Brussel) - www.mloz.be - Ondernemingsnummer: 422.189.629. - 11/2026

Forfait H

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'MLOZ Insurance' (courante benaming: Hospitalia) is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, door een beslissing van 24 juni 2013 voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van 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 CDZ-codenummer 750/01.

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

1.3. Verzekerde: Onder verzekerde verstaat men de persoon op wie het risico van het verzekerde voorval rust en de begunstigde is van het verzekeringscontract.

1.4. Afdelingen: de afdelingen van MLOZ Insurance zijn de tussenpersonen die de verzekeringsproducten aanbieden: 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 526: Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

1.5. Hospitalisatie: elk verblijf van ten minste één nacht in een ziekenhuis d.w.z. in een als dusdanig door de FOD Volksgezondheid erkende instelling, waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnosemiddelen en therapeutische middelen.

1.6. Dagopname:
Onder daghospitalisatie dient men uitsluitend te verstaan:

- een daghospitalisatie is een opname en verblijf in een ziekenhuis d.w.z. in een als dusdanig door de FOD Volksgezondheid erkende instelling, 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.

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

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

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

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

1.11. Poging tot zelfdoding: Het is een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting van, of het risico om, te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

2. AANVAARDING

2.1. Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Forfait H, kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij aansluiten of aangesloten zijn in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten bij een van de hierboven opgesomde twee afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: Helan Onafhankelijk ziekenfonds of Partenamut).
Er is geen leeftijdsgrens voor Forfait H.

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

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

2.2.2. Gevolgen voor het behoud van uw aansluiting bij MLOZ Insurance
Als u al aangesloten bent bij MLOZ Insurance, is ze wettelijk verplicht uw aansluiting stop te zetten, en dus ook al uw dekkingen, als u een sanctie opgelegd krijgt door het verlies van uw rechten op de aanvullende diensten van uw ziekenfonds omdat u de bijdragen voor deze diensten niet betaald hebt voor een periode van 24 opeenvolgende maanden. Deze automatische uitsluiting staat los van het feit of u de premies voor de verzekeringen bij MLOZ Insurance steeds regelmatig betaald hebt. Vervolgens kunt u enkel opnieuw aansluiten bij MLOZ Insurance als u opnieuw regelmatig uw bijdragen betaalt voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds (elke onderbreking van 6 maanden in de betaling van die bijdragen in de eerste 24 maanden van uw heraansluiting, leidt tot een nieuwe uitsluiting van MLOZ Insurance).
Vervolgens kunt u enkel opnieuw aansluiten bij MLOZ Insurance (volgens de voorwaarden van een nieuwe aansluiting) als u opnieuw regelmatig uw bijdragen betaalt voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds. De periode waarin u bijdragen moet betalen zonder aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de aanvullende diensten, is afhankelijk van het gegeven of u zich al dan niet in een behartenswaardige situatie (bijvoorbeeld (maar niet gelimiteerd tot) leefloon, collectieve schuldenregeling, persoonlijk faillissement, ...) bevindt of bevond. Elke onderbreking van 6 maanden in de betaling van die bijdragen tijdens de periode zoals bedoeld in de vorige zin, leidt tot een nieuwe uitsluiting van MLOZ Insurance.

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

3.1. Het sluiten van het verzekeringscontract

Iedere aansluitingsaanvraag moet ingediend worden door middel van de door MLOZ Insurance opgemaakte formulieren of via de website van de afdeling waarbij de klant is aangesloten. Het verzekeringscontract bestaat uit de aanvaardingsbrief en de algemene voorwaarden, alsook uit de wijzigingsclausules.

Het verzekeringscontract begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin MLOZ Insurance de correct ingevulde 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' ontvangen heeft (de interne datering of de scanning of online hebben bewijskracht), voor zover MLOZ Insurance de eerste premie ontvangen heeft voor elke verzekerde, uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.

De aansluiting van een pasgeborene of van een adoptiekind jonger dan drie jaar dat niet vrijgesteld is van wachttijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, op voorwaarde dat MLOZ Insurance de aansluitingsaanvraag ontvangen heeft vóór het einde van de derde maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, en dat de eerste premie door MLOZ Insurance geïnd wordt uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.

De spontane betaling van een premie, zonder dat men hiertoe uitgenodigd werd, wordt niet als een aansluiting beschouwd. Bij niet-naleving van bovenvermelde termijn van drie maanden zal deze premie terugbetaald worden en zal er een nieuwe aansluitingsprocedure moeten worden ingesteld.

De beslissing tot aanvaarding wordt per brief meegedeeld aan de kandidaat-verzekeringsnemer. De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste premie, de datum van de aanvaarding van de aansluiting en van de inwerkingtreding van die aansluiting, de duur van de wachttijd, de levenslange duur van die aansluiting en het aangeboden verzekeringsproduct.

3.2. Einde van het verzekeringscontract

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

- bij opzegging door de verzekeringsnemer, conform de voorwaarden uit de wet van 4 april 2014, middels een opzegtermijn van minimaal één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de verzending van de aangetekende brief of de elektronische gekwalificeerde aangetekende zending (via digiconnect.be), de overhandiging van het deurwaardersexploot of van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, gericht aan MLOZ Insurance zelf of aan een van de hierboven beoogde afdelingen. Deze opzegtermijn van 1 maand is evenwel niet vereist/wordt niet geëist als men van hospitalisatiedekking verandert binnen Hospitalia;
- in geval van fraude of poging tot fraude
  - wordt de verzekeringswaarborg geweigerd of verminderd in verhouding tot het nadeel dat MLOZ Insurance lijdt; en
  - wordt het contract beëindigd.
- wanneer er vrijwillig schade zou zijn berokkend aan de belangen van MLOZ Insurance en meer bepaald in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van informatie in het kader van de verklaringen bij de aansluiting of bij de indiening van de terugbetalingsaanvragen, of nog in geval van weigering om zich te schikken naar onderhavige bepalingen, is de verzekeringsovereenkomst nietig. Bijkomend kan worden besloten tot de nietigheid van de aansluiting van de verzekerde. In beide gevallen komen de premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, MLOZ Insurance toe;
- in geval van opzegging door de verzekeraar, bij niet-betaling van de premies;
- bij uitsluiting uit de aanvullende diensten van de ziekenfondsen;
- bij een mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen (stopzetting van rechtswege);
- bij overlijden;
- in geval van nietigheid.

4. BEGIN, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.1. Begin van de verzekeringswaarborg

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

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van drie maanden

Vooraleer men kan genieten van de tegemoetkomingen van MLOZ Insurance, dient men een wachttijd van drie maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitingsdatum. MLOZ Insurance kent geen tegemoetkoming toe voor een ziekenhuisopname die begonnen is tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels

- Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of adoptiekinderen
  Voor zover een van de ouders aangesloten is bij MLOZ Insurance op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, valt de pasgeborene of het adoptiekind jonger dan drie jaar vanaf zijn geboorte- of adoptiedatum onder de dekking, mits indiening van een kopie van de geboorteakte of adoptieakte vóór het einde van de derde maand na zijn geboorte of adoptie en mits betaling van de eerste premie op uiterlijk de laatste dag van de zesde maand die volgt op de aansluitingsdatum. De eerste premie zal pas verschuldigd zijn vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de geboorte of adoptie.
  Dit geldt enkel als de gerechtigde in de verplichte verzekering van het kind zijn wachttijd beëindigd heeft.
- Schorsing in geval van gevangenschap
  In geval van gevangenschap en op verzoek van de verzekeringsnemer kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekeringsnemer om een einde te maken aan deze periode van schorsing, en op voorwaarde dat hij zijn aanvraag indient binnen negentig dagen na het einde van de reden van schorsing en dat hij zijn premie betaalt binnen vijftien dagen na het verzoek tot betaling door MLOZ Insurance.
- Afwijking van de wachttijd bij ongeval
  MLOZ Insurance kent een tegemoetkoming toe voor elke ziekenhuisopname als gevolg van een ongeval dat geleid heeft tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van dit document, op voorwaarde dat het ongeval na de aansluitingsdatum valt. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstige advies van de Medische Adviseur van MLOZ Insurance.
- Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige hospitalisatieverzekeringen
  MLOZ Insurance verstrekt een tegemoetkoming voor de nieuwe verzekerden die op basis van afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij MLOZ Insurance sinds drie maanden gedekt waren door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van het 'forfaitaire' type, dus een verzekering waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van een forfaitair bedrag per opnamedag.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

Voor alle dekkingen en kamertypes

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

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

4.3. Einde van de waarborg

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het verzekeringscontract.

5. RECHT OP VERSTREKKINGEN

MLOZ Insurance en de verzekeringsnemer werken samen met het oog op de bepaling van het recht op verstrekkingen, dat bepaald wordt aan de hand van de geleverde inlichtingen. De verzekeringsnemer geeft aan de verzekeraar de toestemming om de vereiste inlichtingen in te winnen en hij verbindt er zich toe zijn medewerking te verlenen aan de goede uitvoering van de maatregelen qua informatie en onderzoek waartoe het onderzoek van het recht op verstrekkingen aanleiding geeft. De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die buiten proportie, niet relevant en overdreven blijkt te zijn in vergelijking met

het onderzoek van het recht op verstrekkingen.
Als de verzekeringsnemer aanspraak kan maken op een schadevergoeding, treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekeringsnemer tot de reikwijdte van zijn prestaties.
De overeenkomsten die de verzekeringsnemer gesloten heeft met derden over rechten die bestaan krachtens het verzekeringscontract of die ontstaan in uitvoering van het verzekeringscontract, zijn pas tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop deze laatste die rechten goedgekeurd heeft.

6. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGSNEMER

De verzekeringsnemer is verplicht om:

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

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

7. PREMIES

Maandbedragen in € op 01/01/2027, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Aangesloten bij het product Forfait H			
Vóór 46 jaar*		**Tussens 46 en 49 jaar***	
jonger dan 18 jaar	0,55	van 46 tot 49 jaar	1,85
van 18 tot 24 jaar	0,95	van 50 tot 59 jaar	2,63
van 25 tot 49 jaar	1,76	60 jaar en ouder	6,22
van 50 tot 59 jaar	2,50		
60 jaar en ouder	5,92		
Tussens 50 en 54 jaar*		**Tussen 55 en 59 jaar***	
49 jaar**	1,94	van 50 tot 59 jaar	3,75
van 50 tot 59 jaar	2,75	60 jaar en ouder	8,88
60 jaar en ouder	6,51		
Op 60-jarige leeftijd of ouder*			
59 jaar**	4,25		
60 jaar en ouder	10,06		

* Op de begindatum van de aansluiting
** Leeftijd op 01/01/aansluitingsjaar

Een verhoging van de premie van respectievelijk 5, 10, 50 en 70% wordt berekend op de basistarieven voor de verzekeringsnemers die, op de datum van de aansluiting bij het Forfait H, respectievelijk tussen 46 en 49 jaar, tussen 50 en 54 jaar, tussen 55 en 59 jaar, of 60 jaar en ouder zijn.

8. REGELS ROND DE BETALING VAN DE PREMIES

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

9. SEGMENTERING HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN

Als iemand aansluit bij een verzekeringscontract, dan passen de verzekeringsmaatschappijen segmenteringscriteria toe die een invloed hebben op zowel de toegang tot het verzekeringsproduct als de bepaling van de premies en de draagwijdte van de waarborg.
Hieronder treft u een overzicht aan van de verschillende criteria die MLOZ Insurance gebruikt in het kader van haar hospitalisatieverzekeringen.
De volgende criteria worden in overweging genomen voor Forfait H:

9.1. Bij het begin van het contract:

9.1.1. De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een behandeling en een ziekenhuisopname toe en stijgt het bedrag van de terugbetalingen, naarmate men ouder wordt. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de premie en de toegang tot het product.
a) De toegang kan beperkt worden naargelang van het gekozen product. Er is geen leeftijdsgrens voor Forfait H.
b) Naargelang van het gekozen product kan de aansluiting na een bepaalde leeftijd aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie.
9.1.2. Het vroegere bestaan van een gelijkaardige verzekering heeft een impact op de wachttijd: die kan beperkt of geschrapt worden voor de verzekerden die gedekt waren door een gelijkaardige verzekering tot de datum van hun aansluiting bij MLOZ Insurance. De wachttijd wordt dan ingekort met de duur van die verzekering.
MLOZ Insurance maakt geen onderscheid naar de aard van de verzekering (bij een ziekenfonds of bij een privéverzekeraar (individuele/collectieve) die de verzekerde genoot voor zijn (haar) aansluiting bij MLOZ Insurance.

9.2. Tijdens het contract:

De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een behandeling of een ziekenhuisopname toe naarmate men ouder wordt. Dit criterium kan ook een impact hebben op het uitgegeven bedrag. Het bedrag van de premie stijgt dus in functie van de leeftijd van de verzekerde.

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

De premie, de tariefvoorwaarden en de voorwaarden voor de dekking van de verstrekkingen worden bepaald door rekening te houden met de parameters die vervat zijn in het technische plan dat de verzekeraar samenstelt op basis van actuariële criteria en verzekeringstechnieken.
Onverminderd de wettelijke mogelijkheden voor de aanpassing van de premies en los van hun aanpassing aan de index op de consumptieprijzen, mogen de premies niet verhoogd worden.
Voor de toepassing van de indexering worden de indexvoet van april van het lopende jaar en de indexvoet van april van het vorige jaar met elkaar vergeleken.
Deze indexschommeling wordt uitgedrukt in een percentage en kan toegepast worden op de premie en op de verstrekkingen zoals die golden vóór de indexaanpassing.
MLOZ Insurance kan jaarlijks beslissen om de indexeringsmogelijkheden van de premies op basis van deze index niet toe te passen of slechts gedeeltelijk toe te passen.
De premies worden evenwel verhoogd in functie van de toepasbare belastingen op dat vlak.
De premies evenals de dekking kunnen gewijzigd worden overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016.

11. TERUGBETALINGEN VAN FORFAIT H

Forfait H komt tegemoet in de kosten voor een ziekenhuisopname of een dagopname in België ten belope van een forfaitair bedrag van € 12,35 per dag.
De tegemoetkoming is verschuldigd in geval van ziekenhuisopname in een erkende dienst. Het gaat hier om de volgende diensten:

17	Pasgeborene gehospitaliseerd op de kamer bij de moeder op dienst M
18	Pasgeborene gehospitaliseerd op N*(n) terwijl de moeder ook als patiënt aanwezig is in het ziekenhuis
19 (n)	afdeling niet-intensieve neonatale verzorging

20 (B)	Dienst voor de behandeling van tuberculose
21 (C)	dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
22 (D)	dienst voor diagnose en medische behandeling
23 (E)	dienst voor kindergeneeskunde
24 (H)	dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
25 (L)	dienst voor besmettelijke ziekten
26 (M)	kraamdienst
27 (N)	dienst voor intensieve neonatale verzorging
29	eenheid voor de behandeling van patiënten met zware brandwonden
30 (G)	dienst voor geriatrie en revalidatie
34 (K)	dienst voor kinderpsychiatrie (dag en nacht)
37 (A)	dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
41 (T)	psychiatrische dienst (dag en nacht)
48 (IB)	dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten
49 (I)	dienst intensieve verzorging
61 tot 66 (Sp)	gespecialiseerde diensten:
61	hart- en longaandoeningen
62	locomotorische aandoeningen
63	neurologische aandoeningen
64	chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorg nodig is
65	chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorg nodig is
66	psychogeriatrische aandoeningen

Beperkingen:
Bij een verblijf in een dienst G of Sp kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe in de kosten, voor ten hoogste de eerste 25 dagen, per opnamegeval. Bij een nieuwe ziekenhuisopname in een dienst G of Sp kent MLOZ Insurance slechts een tegemoetkoming toe als er minimaal 6 kalenderdagen verstreken zijn sinds het einde van de vorige ziekenhuisopname. Is deze termijn nog niet verstreken, dan kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe voor het saldo van 25 dagen waarvoor nog geen terugbetaling toegekend werd tijdens de vorige ziekenhuisopname.
Bij een verblijf in een dienst 34, 37, 41 of 48 kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe voor ten hoogste tien dagen per jaar.

12. NIET-GEDEKTE VERSTREKKINGEN

MLOZ Insurance verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen van esthetische aard zijn en/of refractieve chirurgie zijn, en/of die niet medisch noodzakelijk zijn en aan de btw onderworpen kosten;
- voor verstrekkingen van het type 'verjongingskuur';
- voor de verstrekkingen ten gunste van een verzekerde die weigert om het bezoek te krijgen van een door MLOZ Insurance aangewezen arts, verpleegster of maatschappelijk werk(st)er.

13. TEGEMOETKOMINGEN

13.1. Verjaring

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

13.2. Medische controle

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

13.3. Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op terugbetalingen, moet de verzekeringsnemer in orde zijn met de betaling van zijn premies.
Om de voordelen van Forfait H te bekomen, vult de verzekerde het document 'Tegemoetkomingsaanvraag' in dat uitgereikt wordt door MLOZ Insurance, en bezorgt hij haar alle bewijsstukken van zijn uitgaven: ofwel de originele factuur, ofwel een kopie van de originele factuur, ofwel een attest van het ziekenhuis over de duur van het ziekenhuisverblijf en het nummer van de dienst.
MLOZ Insurance heeft het recht om alle bijkomende stukken op te eisen die zij nodig acht.
Het is toegestaan bewijsstukken digitaal te bezorgen aan MLOZ Insurance met het oog op een tegemoetkoming. De digitale kopie moet van goede kwaliteit zijn (leesbaar) en conform aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). MLOZ Insurance behoudt zich het recht voor het origineel op te vragen bij de verzekerde, die het moet bewaren of de eventuele kosten voor een duplicaat moet dragen.
De terugbetalingen zullen toegekend worden aan de effectieve verzekerden of aan iedere persoon met een volmacht volgens de 'Aanvraag voor een tegemoetkoming', na de ontvangst van de nota over de aangegane kosten en van de afrekening voor de wettelijke tegemoetkomingen.

14. VERWERKING VAN DE GEGEVENS

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

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