Conditions générales Garantie ‘Maladies graves’ au 1er janvier 2027

Conditions générales Garantie “Maladies Graves” 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

Garantie Maladies graves

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) - 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526 : Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), toutes affiliées à l’Union Nationale des Mutualités Libres.

1.5. Prestations de soins : prestations contenues dans la Nomenclature (A.R. du 14/09/1984 et modifications ultérieures).

1.6. Produits pharmaceutiques : Par produits pharmaceutiques, il convient d’entendre :

- toute spécialité pharmaceutique enregistrée auprès du Ministère de la Santé publique en vertu de l’article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l’A.R. du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs,
- toute spécialité pharmaceutique importée par l’hôpital d’un pays étranger, conformément aux dispositions de l’article 105 de l’Arrêté Royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire,
- préparation magistrale,
- substance de contrastes.

1.7. facture pour soins ambulatoires à l’hôpital : les documents prévus 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.

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

1.9. Soins ambulatoires : les soins prodigués en dehors d’une hospitalisation et en dehors d’une hospitalisation de jour.

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. Questionnaire médical : le document visant à éclairer le Conseiller Médical de MLOZ Insurance sur l’état de santé passé et actuel de l’assuré et ayant pour conséquence de limiter éventuellement l’intervention, en cas de maladies graves.

1.12. Maladie grave préexistante : une maladie grave existante au moment de l’affiliation à MLOZ Insurance, ou au moment du transfert entre produits au sein de MLOZ Insurance, et qui donne lieu à des soins ambulatoires.

1.13. Matériel médical : Par matériel médical on entend tout instrument, dispositif ou appareil utilisé pour soulager une maladie ou une blessure

1.14. 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.

1.15. Transports urgents de patients : Par transport urgent des patients, on entend tout transport en ambulance ou en hélicoptère après un appel au service unifié 100/112 et selon la loi du 08 juillet 1964 relative à l’aide médicale urgente et ses arrêtés d’exécution, lorsqu’il est directement suivi par une hospitalisation ou hospitalisation de jour en Belgique pour laquelle MLOZ Insurance intervient.

2. ADMISSION

2.1. Toute personne ne peut s’affilier à la Garantie “Maladies graves” en complément d’Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l’une des 3 sections, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Partenamut, Freie Krankenkasse, Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Le preneur d’assurance est tenu obligatoirement de s’affilier ainsi que d’affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf lorsque lui-même, le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire du type “frais réels”. La démission ou radiation d’un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s’affilier.

La limite d’âge pour l’affiliation à la Garantie “Maladies graves”, est fixée à 67 ans inclus, sauf en cas de mutation en assurance obligatoire pour les personnes précédemment affiliées et en ordre de primes à une assurance hospitalisation, et à une Garantie “Maladies graves”, similaires auprès d’une autre entité mutualiste belge.

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 nouvelles 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 paie-

ment de ces cotisations pendant la période visée dans la phrase précédente entraîne une nouvelle exclusion de MLOZ Insurance.

3. CONCLUSION, DUREE ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion et durée 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 (avec ou sans limitation) 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 d'affiliation et de changement de produit" et le "Questionnaire Médical" dûment complétés (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 et le questionnaire médical soient reçus 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.
Si, sur base du questionnaire médical, le Conseiller Médical demande une information complémentaire avant de statuer sur la demande d'affiliation, le preneur dispose de 45 jours pour y donner suite.
Si ce délai n'est pas respecté ou vu l'absence d'informations complémentaires reçues, l'affiliation prend cours d'office selon les règles définies ci-avant avec, pour la maladie grave préexistante mentionnée sur le questionnaire médical, et un refus en cas de maladie grave. La décision d'acceptation, avec un refus en cas de maladie grave, 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 pré vues 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. La résiliation de l'assurance Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus met automatiquement fin à la Garantie "Maladies graves". Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas de suppression de la Garantie Maladies Graves avec maintien de l'affiliation au produit d'assurance hospitalisation auquel cette Garantie se rattache.
- 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. De même, un stage de 3 mois sera applicable sur les extensions de couverture, à dater de la date d'affiliation à cette extension de couverture. 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 et tout soin ambulatoire 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 Garanties "Maladies Graves" 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 Garantie "Maladies graves" similaire.

4.2. Exclusions de la garantie

Ne sont pas couverts, les soins ambulatoires 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 un 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 à la Garantie "Maladies graves" (taxes de 9,60 % incluses) Une affiliation à Garantie "Maladies graves" n'est possible qu'en complément d'Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus.			
moins de 18 ans	0,34	de 50 à 59 ans	1,43
de 18 à 24 ans	0,43	60 ans et plus	2,60
de 25 à 49 ans	1,16		

Il n'y a aucune majoration de la prime de la Garantie "Maladies graves".

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 AMBULATOIRES

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 ambulatoires. Les critères suivants sont pris en considération pour la Garantie 'Maladies graves' :

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 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 : l'âge limite est de 67 ans inclus pour la Garantie "Maladies graves" complémentaire à Hospitalia Smart, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus. Cette limite d'âge ne s'applique pas aux assurés précédemment affiliés, et en ordre de primes, à une assurance similaire auprès d'une autre SMA.
b) Selon le produit choisi, l'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime.
9.1.2. L'état de santé, et plus particulièrement la présence d'une maladie grave préexistante car le risque de traitement peut se voir augmenté, ainsi que le montant des frais médicaux. Il peut également justifier que certains frais médicaux liés une maladie grave préexistante ne soient pas couverts.
9.1.3. L'existence précédente d'une assurance similaire a un impact sur :
a) L'accès : la limite d'âge (cf. point 9.1.1.a) ne s'applique pas aux assurés précédemment affiliés, et en ordre de primes, à une assurance similaire auprès d'une autre SMA.
b) 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 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, ou à l'indice médical rattaché à la garantie "soins ambulatoires" pour la Garantie "Maladies Graves", 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 ces indices.
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. GARANTIE MALADIES GRAVES (garantie optionnelle)

11.1. Interventions

Intervention dans les soins de santé dispensés en dehors d'une hospitalisation pour les 33 maladies graves suivantes : *cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie d'Alzheimer, démence (autre que la maladie d'Alzheimer), sida, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, mucoviscidose, maladie de Crohn, brucellose, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, malaria, typhus exanthématique, affections typhoïdes et paratyphoïdes, diphtérie, choléra, maladie de charbon, maladie de Creutzfeldt-Jakob, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organe sauf greffes de peau et de la cornée, et maladie de Huntington* après accord du Conseiller Médical et à concurrence d'un plafond maximum de € 10.000 par an. Les soins de santé doivent être exposés en Belgique, médicalement nécessaires, ordonnés par un médecin, repris dans la nomenclature, en relation directe avec la maladie grave et prodigués durant la période d'octroi de la garantie, telle qu'accordée par le Conseiller Médical.
La Garantie "Maladies graves" n'est acquise que pour autant que la maladie grave n'ait pas été diagnostiquée avant l'affiliation à cette garantie.
Les avantages de cette garantie sont les suivants :
1. Les consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermato-vénérologie, la physiothérapie, la biologie clinique, les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, les suppléments d'urgence, la bandagisterie, l'orthopédie, l'optique, l'acoustique, l'anatomopathologie, la génétique, les prestations spéciales, la kinésithérapie, les soins infirmiers, la logopédie, les radio-isotopes et la rééducation cardiaque sont remboursés à concurrence des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires, limités à 100 % du tarif de la convention.
2. Les produits pharmaceutiques allopathiques, préparations magistrales et perruques (prothèses capillaires) sur prescription médicale sont remboursés à concurrence du prix réellement payé par le patient s'il y a intervention de l'assurance obligatoire.
3. La location de matériel médical est remboursée, après intervention éventuelle des services complémentaires des mutualités.
4. L'intervention de maximum 400€ par reconstruction mammaire, pour le tatouage de l'aréole et du mamelon auprès d'un prestataire recommandé par l'oncologue/le gynécologue/le chirurgien pour cette prestation, après une reconstruction mammaire remboursée par l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités et faisant suite à un cancer du sein couvert par la Garantie «Maladies graves».

11.2. Conditions d'intervention

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré doit demander l'accord du Conseiller médical de MLOZ Insurance. Il remettra une attestation d'un médecin qui spécifiera le diagnostic et la date du diagnostic de la maladie grave du patient, confirmés par des examens biologiques ou anatomopathologiques, ou par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu habituellement dans le monde médical.
Sur la base de celle-ci, le Conseiller Médical de MLOZ Insurance acceptera ou refusera le bénéfice de la garantie pour une période d'un an par maladie grave, à compter de la date de diagnostic de la maladie grave, à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de 3 ans entre la date de diagnostic de la maladie grave et la date de demande de la Garantie "Maladies graves". Si une période de 3 ans, ou plus, s'est écoulée entre la date du diagnostic de la maladie grave et la date de la demande de la Garantie "Maladies graves", un maximum de 3 ans sera pris en considération à partir de la date de la demande de la Garantie "Maladies graves" pour déterminer la date de début de l'accord pour la Garantie "Maladies graves". Cet accord peut être renouvelé par période d'un an pour la même maladie, directement ou

non à la suite de la première période. Pour les maladies graves incurables (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, démence (autre que la maladie d'Alzheimer), sida, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, mucoviscidose, maladie de Crohn, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jakob, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organesauf greffes de peau et de la cornée, et maladie de Huntington), la Garantie « Maladies graves » sera accordée à vie.
Si le Conseiller Médical de MLOZ Insurance estime devoir demander des renseignements complémentaires, l'assuré dispose de 45 jours pour y donner suite, à partir de la date d'expédition de la demande du Conseiller Médical.

- Si ce délai est respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie commence à la date du diagnostic de la maladie grave, à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de 3 ans entre la date du diagnostic et la date de la demande de la garantie maladie grave. Si une période de 3 ans, ou plus, s'est écoulée entre la date du diagnostic de la maladie grave et la date de la demande de la garantie maladie grave, un maximum de 3 ans sera pris en considération à partir de la date de la demande de la garantie maladie grave pour déterminer la date de début de l'accord pour la Garantie "Maladie graves".
- Si le délai n'est pas respecté, en cas d'acceptation médicale, la garantie prend cours le jour suivant la date de l'accord.
- Si le délai dépasse 90 jours, une nouvelle demande doit être introduite. La décision d'acceptation ou de refus d'octroi de la garantie est communiquée par lettre à l'assuré, avec la mention de la période couverte par la Garantie "Maladies Graves".

12. ASSISTANCE EN BELGIQUE - "Hospitalia Assist"

12.1. OBJET ET ETENDUE DE L'ASSISTANCE

"Hospitalia Assist", offre les services ci-après, aux preneurs, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus qui ont terminé leur stage et qui ont droit à l'intervention de MLOZ Insurance dans le cadre d'une hospitalisation, d'une hospitalisation de jour ou d'une maladie grave, en Belgique, couverts par, Hospitalia Care ou Hospitalia Plus, ou la Garantie "Maladies graves" à concurrence des limites indiquées (montants toutes taxes comprises).

Ces services sont offerts pour autant que l'assuré soit immobilisé, physiquement ou mentalement, dépendant dans ses tâches quotidiennes, et que les cohabitants de fait ou légaux de l'assuré ne puissent physiquement ou mentalement assumer les services décrits ci-dessous.
Les services, organisés et pris en charge par Hospitalia Assist, sont limités par assuré à un montant global de € 1.000 maximum par événement (hospitalisation ou maladie grave) avec un maximum de 2 événements par année civile, pour l'ensemble des services repris ci-après. Les services sont cumulatifs.
Par événement, on entend soit une hospitalisation, soit le début du traitement d'une maladie grave rendant l'assuré dépendant dans ses tâches quotidiennes.
Par intervention, on entend l'intervention d'un prestataire du service d'aide et de garde octroyé.

12.2. VALIDITE TERRITORIALE

L'assistance s'applique uniquement sur le territoire belge.
Sauf stipulation contraire, il s'effectue au domicile légal ou au domicile élu par l'assuré.

12.3. OBLIGATIONS DES ASSURES

L'assuré est obligé de faire appel à Hospitalia Assist, et de se conformer à ses instructions, afin que ce dernier puisse organiser les services décrits ci-dessous.
Toute assistance, tout frais ou toute prestation de service ne donne droit à une indemnisation que si l'accord préalable a été demandé à Hospitalia Assist et si celui-ci a donné sa permission.
Dans tous les cas, les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par l'assuré ne sont indemnisés qu'après présentation des notes de frais et de l'ensemble des éléments qui viennent prouver les faits donnant droit à la garantie.
Les frais engagés à l'occasion d'une assistance organisée par l'assuré ne sont remboursés qu'à concurrence des montants mentionnés dans les Conditions générales et dans les limites des frais qu'Hospitalia Assist aurait pris à sa charge s'il avait organisé lui-même l'assistance. L'assuré doit prendre toutes les mesures nécessaires pour obtenir le remboursement de ses frais auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme d'assurance. Si l'assuré bénéficie d'autres assurances couvrant le même risque, il doit communiquer à Hospitalia Assist les garanties et l'identité de ces assureurs.
L'assuré s'engage à respecter les engagements convenus avec Hospitalia Assist pour l'organisation de l'assistance. Si l'assuré manque à l'une de ses obligations susmentionnées, et qu'un lien causal existe entre le non-respect des obligations et le sinistre, et qu'il en résulte un préjudice pour Hospitalia Assist, ce dernier peut décliner son intervention et réduire sa prestation à concurrence du préjudice subi. Toute intention frauduleuse, omission intentionnelle ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration entraîne toujours la perte de tous droits aux prestations d'assurance.

12.4. CONDITIONS D'OCTROI DU SERVICE D'ASSISTANCE

L'assuré ou, s'il en est empêché, un de ses proches contacte Hospitalia Assist au 02 560 47 85, afin que soient organisées les prestations convenues.
Toute assistance, tout frais ou toute prestation de service ne donne droit à une indemnisation que si l'accord préalable a été demandé à Hospitalia Assist et si celui-ci a donné sa permission.
La demande doit être formulée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation, ou d'un traitement couvert par l'assurance Hospitalia Plus ou Hospitalia Care dans le cadre d'une maladie grave.
Sans attendre, et dans tous les cas dans un délai de 30 jours après la demande d'assistance, l'assuré doit fournir tous les renseignements utiles à Hospitalia Assist et répondre aux questions qui lui sont posées afin d'être en mesure de déterminer les circonstances et l'ampleur des besoins et des prestations à délivrer.
L'assuré s'engage à respecter les engagements convenus avec Hospitalia Assist pour l'organisation de l'assistance. Si l'assuré manque à l'une de ses obligations susmentionnées, et qu'un lien causal existe entre le non-respect des obligations et le sinistre, et qu'il en résulte un préjudice pour Hospitalia Assist, ce dernier peut décliner son intervention et réduire sa prestation à concurrence du préjudice subi. Toute intention frauduleuse, omission intentionnelle ou inexactitude intentionnelle dans la déclaration entraîne toujours la perte de tous droits aux prestations d'assurance.
S'il s'avère que l'événement, qui a donné lieu aux prestations n'est pas un sinistre couvert, Hospitalia Assist demandera à l'assuré le remboursement des frais engagés.

12.5. GARANTIES D'ASSISTANCE

Pour l'ensemble des prestations d'aide et de garde, l'intervention des prestataires d'Hospitalia Assist est limitée à raison de maximum 8 heures consécutives par intervention et 5 interventions par événement. Toutefois, pour l'aide scolaire et pédagogique, l'intervention de maximum 40 heures au total est limitée en sessions de minimum 2 heures et maximum 4 heures par session, avec un maximum de 5 séances sur place, les autres sessions étant réalisées en vidéoconférence. Pour l'application de ce plafond, il est tenu compte de l'année dans laquelle l'hospitalisation, ou la maladie grave a lieu.

1. Pendant l'hospitalisation

Pendant une hospitalisation couverte, Hospitalia Assist organise et/ou prend en charge les prestations décrites ci-dessous.

1.1. Aide à domicile

Si aucun proche ne peut fournir à l'assuré hospitalisé de l'aide à domicile, Hospitalia Assist organise et prend en charge les frais d'une aide à domicile pour effectuer les services suivants : nettoyage (aide-ménagère), repassage, repas à domicile des personnes vivant sous le même toit.
Chaque prestation dure au maximum 8 heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

1.2. Garde d'enfants

Si un assuré, père ou mère d'un ou de plusieurs enfant(s) mineurs d'âge, n'est pas en état de garder son (ses) enfant(s) et qu'aucun proche ne peut intervenir dans la garde de son (ses) enfant(s), Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde d'enfant(s) de l'assuré hospitalisé.
Chaque prestation de garde d'enfant dure au maximum 8 heures par jour, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.
La mission consiste à garder l'enfant de l'assuré hospitalisé au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher.
Cette prestation est également accordée en cas d'accouchement à domicile remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances; ou en cas d'accouchement remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, pendant le séjour à l'hôpital de la mère ou situé directement après un court séjour (maximum 2 nuits) de la mère, à l'hôpital. Cette prestation n'est accordée après un accouchement que dans les 5 jours suivant celui-ci.

1.3. Garde d'animaux domestiques

Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde, frais de nourriture compris, ou le transport des animaux domestiques (chiens et chats) vers un proche désigné par l'assuré hospitalisé, résidant en Belgique. Les animaux en question doivent avoir reçu toutes les vaccinations légalement obligatoires.

1.4. Aide scolaire et pédagogique

Hospitalia Assist organise et prend en charge une aide scolaire et pédagogique pour les enfants mineurs empêchés de suivre les cours normalement du fait de l'hospitalisation pendant plus de 14 jours consécutifs.
Cette aide est accordée, sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés et cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

1.5. Transport d'une personne nommée par l'assuré

Si, pendant l'hospitalisation couverte :

- les enfants / petits-enfants vivant sous le même toit que l'assuré doivent se rendre à l'école et/ou chez un proche ;
- les proches souhaitent se rendre au chevet de l'assuré ou prendre en charge la garde des enfants / petits-enfants vivant sous le même toit que l'assuré, Hospitalia Assist organise et prend en charge le transport aller-retour dans le cas où ils ne peuvent pas se déplacer par leurs propres moyens.

Pour l'ensemble des prestations de transports, l'intervention d'Hospitalia Assist est limitée à € 250 par événement.

2. Après un événement couvert (hospitalisation, maladie grave)

Si, suite à un événement couvert, l'assuré est immobilisé sous prescription médicale ou dépendant dans ses tâches quotidiennes, Hospitalia Assist organise et prend en charge les prestations décrites ci-dessous.

2.1. Garde-malade après une hospitalisation de jour

Hospitalia Assist organise, dans les 24 heures, et prend en charge les frais de mise en place d'une garde-malade au profit de l'assuré isolé hospitalisé de jour durant la nuit qui suit directement cette hospitalisation de jour, durant 12 heures maximum, entre 19h et 8h.

Pour bénéficier de ce service, l'assuré isolé doit :

- fournir au garde-malade une attestation médicale du médecin traitant l'hospitalisation de jour qui stipulera qu'une hospitalisation de jour a été réalisée et qu'une garde, ne nécessitant pas de soins infirmiers, est requise ;
- disposer d'un téléphone.

2.2. Aide à domicile

Si aucun proche ne peut lui fournir de l'aide, Hospitalia Assist organise et prend en charge les frais d'une aide à domicile pour effectuer les services suivants : nettoyage (aide-ménagère), repassage, repas à domicile. Chaque prestation dure au maximum 8 heures, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

2.3. Livraison d'achats de première nécessité

Si l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer et qu'aucun proche ne peut intervenir, Hospitalia Assist organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits par ordonnance médicale depuis moins de 24h et immédiatement indispensables à l'assuré et/ou les biens de première nécessité, sous réserve de disponibilité. Les frais relatifs à l'achat-même restent à charge de l'assuré. Hospitalia Assist avance si nécessaire l'achat des médicaments, mais l'assuré devra les rembourser au moment où ils lui sont livrés.

2.4. Garde d'enfants

Si un assuré, père ou mère d'un ou de plusieurs enfant(s) mineurs d'âge, n'est pas en état de garder son (ses) enfant(s) et qu'aucun proche ne peut intervenir dans la garde de son (ses) enfant(s), Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde d'enfant(s).

Chaque prestation de garde d'enfant dure au maximum 8 heures par jour, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La mission consiste à garder l'enfant de l'assuré au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra-scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation est également accordée en cas d'accouchement à domicile remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances; ou en cas d'accouchement remboursé par la Société Mutualiste d'Assurances, pendant le séjour à l'hôpital de la mère ou situé directement après un court séjour (maximum 2 nuits) de la mère, à l'hôpital. Cette prestation n'est accordée après un accouchement que dans les 5 jours suivant celui-ci.

2.5. Garde d'animaux domestiques

A la suite d'une hospitalisation couverte, Hospitalia Assist organise et prend en charge la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats à l'exclusion d'autres animaux).

2.6. Aide scolaire et pédagogique

Hospitalia Assist organise et prend en charge une aide scolaire et pédagogique pour les enfants mineurs empêchés de suivre les cours normalement pendant plus de 14 jours consécutifs.

Cette aide est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés, et cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

2.7. Transport en vue de la garde des enfants ou petits-enfants de l'assuré

Si un assuré, père ou mère d'un ou de plusieurs enfant(s) mineurs d'âge, n'est pas en état de garder son (ses) enfant(s), Hospitalia Assist organise et prend en charge le trajet aller et retour

- soit d'un proche ou d'une personne résidant en Belgique désignée par l'assuré pour s'occuper de ses enfants ou de ses petits-enfants mineurs d'âge à sa charge ;
- soit des enfants ou petits-enfants mineurs d'âge chez un proche désigné par l'assuré, résidant en Belgique, avec, si nécessaire, l'accompagnement des enfants par un proche désigné par l'assuré ou par Hospitalia Assist.

2.8. Transport des enfants vers l'école

Si l'assuré se trouve dans l'incapacité de conduire ses enfants à l'école, Hospitalia Assist organise et prend en charge le transport aller/retour des enfants mineurs vers l'école.

Pour l'ensemble des prestations de transports l'intervention d'Hospitalia Assist est limitée à € 250 par événement.

2.9. Transport non urgent de l'assuré

Si l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, Hospitalia Assist organise et prend en charge son transport aller/retour

- vers un centre hospitalier ou médical pour les visites de contrôle ;
- vers un établissement médical, paramédical ou pharmaceutique ;
- vers son lieu de travail.

Pour l'ensemble des prestations de transports, l'intervention de Hospitalia Assist est limitée à € 250 par événement.

En cas d'hospitalisation urgente l'assuré doit faire appel en priorité aux services d'urgence nationaux.

3. Assistances complémentaires

3.1. Admission non urgente à l'hôpital

Lors d'une admission pour une hospitalisation non urgente prescrite par un médecin, Hospitalia Assist organise et prend en charge sur demande de l'assuré :

- la recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier public ou privé en Belgique, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers ;
- le transport de l'assuré, et le transport des apparentés vivant sous le même toit, vers un hôpital en Belgique ainsi que le retour au domicile. La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la sécurité sociale ou de tout autre organisme d'assurance auquel l'assuré serait affilié.

En cas d'hospitalisation urgente l'assuré doit faire appel en priorité aux services d'urgence nationaux.

3.2. Assistance téléphonique en cas d'hospitalisation ou de maladie grave

Hospitalia Assist fournit à l'assuré l'assistance téléphonique suivante :

- Une assistance par téléphone d'un traducteur lorsque l'assuré éprouve des difficultés linguistiques afin de communiquer avec les autorités médicales (hôpital, prestataires médicaux et paramédicaux)
- L'envoi de messages aux proches en cas d'événement soudain, imprévu
- La mise à disposition des coordonnées
  - d'organismes de soins paramédicaux ;
  - de la pharmacie et du médecin de garde à contacter ;
  - des organismes de soins à domicile ;
  - des sociétés louant du matériel médical.

3.3. Assistance psychologique

A la suite d'un événement couvert (hospitalisation ou maladie grave) ayant entraîné un traumatisme psychologique, Hospitalia Assist met à la disposition de l'assuré et des personnes vivant sous le même toit un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, destiné à fournir un premier soutien psychologique "on line" et, si nécessaire, l'orienter vers un organisme de support spécialisé.

Hospitalia Assist organise également le soutien psychologique de l'assuré et des personnes vivant sous le même toit et prend en charge, si nécessaire, un maximum de 3 consultations chez un psychologue reconnu en Belgique avec un suivi de trois consultations téléphoniques pendant un maximum de 3 mois.

A la demande de l'assuré, suite à tout problème privé ou professionnel, Hospitalia Assist communique les coordonnées des associations d'entraide spécialisées dans le soutien psychologique.

La prise en charge psychologique est limitée à € 500 par événement.

12.6. SUBROGATION

Hospitalia Assist est subrogé à concurrence des frais payés dans les droits et les créances de l'assuré contre des tiers. Si, par le fait de l'assuré, la subrogation ne peut pas produire ses effets, Hospitalia Assist peut réclamer à l'assuré la restitution des indemnités payées dans la mesure du préjudice qu'Hospitalia Assist a subi.

12.7. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues par la MLOZ Insurance, sont également exclus :

a. L'hospitalisation pour un accouchement normal (sauf dans le cadre de la garde d'enfant, sauf en cas de complications évidentes et imprévisibles),

b. Toutes les conséquences des exclusions mentionnées dans la Garantie "Maladies graves".

La responsabilité d'Hospitalia Assist ne peut être engagée en cas de retard ou de non-exécution des services convenus pour autant que ce retard ou cette non-exécution soient dus à :

- cas de force majeure,
- événement imprévisible,
- grève,
- décision des autorités.

Ces services sont offerts sur simple appel à Hospitalia Assist, accessible 24 h sur 24, à partir d'avril 2020 tél. : 02 560 47 85.

13. LIMITATIONS D'INTERVENTION

13.1. Plafond annuel

Le plafond annuel de la Garantie "Maladies graves" est de € 10.000 par an.

13.2. Limitations d'intervention pour maladies graves préexistantes

Pour la Garantie Maladies graves , le questionnaire médical a pour objectif de limiter éventuellement l'intervention en refusant le remboursement des prestations ambulatoires, liées à cette maladie grave préexistante.

Durant les 24 premiers mois d'affiliation au produit, le Conseiller Médical pourra décider de cette limitation en invoquant une omission ou une inexactitude non intentionnelle relative à son état de santé dans le questionnaire médical. Cette limitation est fixée pour une durée minimale de 3 ans à l'issue de laquelle le preneur qui le souhaite peut demander de réévaluer sa situation sur base d'un nouveau dossier médical.

La tentative de suicide ne pourra être prise en compte par MLOZ Insurance pour déterminer l'état de santé actuel de l'assuré si cette tentative est survenue plus d'un an avant d'avoir complété le questionnaire médical.

13.3. Prestations non couvertes par la Garantie "Maladies graves"

MLOZ Insurance n'intervient pas :

- pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical et les frais soumis à la TVA ;
- 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 ;
- pour les frais liés aux traitements et aux médicaments expérimentaux et/ou qui ne sont pas 'evidence-based', qui n'ont pas de base scientifique ;
- pour les frais dont la facturation est illégale/n'est pas permise selon la loi belge .

14. CUMUL DES COUVERTURES

14.1. Il n'est pas tenu compte des frais dans la mesure où ceux-ci peuvent être couverts par :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et ses A.R. d'exécution et par l'A.R. du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et A.R. d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et A.R. d'exécution) ;
- les règlements européens n° 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique ;
- l'assurance complémentaire des mutualités ;
- le service "soins urgents à l'étranger" des mutualités.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions. Si l'assuré, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs de ces interventions, MLOZ Insurance intervient de la même manière que pour un assuré ayant droit à ces interventions.
De cette dernière condition, il est dérogé si le preneur, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs des interventions ci-dessus. Dans ce cas, MLOZ Insurance intervient de la même manière que pour un assuré ayant droit à ces interventions.

14.2. Lorsque les sommes accordées en vertu d'une autre législation, du droit commun ou d'un autre contrat d'assurance, sont inférieures aux prestations octroyées par MLOZ Insurance, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de cette dernière. Ces renseignements doivent figurer sur la "Demande d'intervention".
L'intervention de MLOZ Insurance ne peut en aucun cas dépasser le montant des frais réellement exposés par le preneur.
Lorsque le dommage est susceptible d'être couvert par le droit commun ou par une autre législation, MLOZ Insurance pourra octroyer ses prestations à titre provisoire en attendant que le dommage soit effectivement réparé.
Dans ce cas, MLOZ Insurance sera subrogée dans tous les droits que l'assuré peut exercer vis-à-vis du débiteur de la réparation.
L'assuré ne peut conclure aucun arrangement avec le débiteur de la réparation sans autorisation préalable.

15. INTERVENTIONS

15.1. 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.

15.2. 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.

15.3. Paiement des avantages

Pour avoir droit aux remboursements, le preneur doit être en ordre de primes.
Pour obtenir les avantages prévus par la Garantie "Maladies graves", le preneur remplira un document "Demande d'intervention" délivré par MLOZ Insurance et fournira à celle-ci toutes les pièces justificatives étayant ses débours.
Pour obtenir les avantages de la Garantie "Maladies graves", le preneur remettra toutes les factures originales ou leurs copies, et le décompte du remboursement des attestations de soins par la mutuelle ou une copie de celles-ci.
Le remboursement des frais pharmaceutiques s'effectuera sur production d'une "Attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire" du pharmacien ou par une facture (ambulatoire) de l'hôpital.
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.
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.

16. 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 sur la base du consentement des assurés et 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.