Algemene voorwaarden Hospitalia Ambulant op 1 januari 2027

Algemene voorwaarden Hospitalia Ambulant van de Verzekeringsmaatschappij 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 door het CDZ-code: 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

Hospitalia Ambulant

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'MLOZ Insurance' is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, door een beslissing van 24 juni 2013 voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van 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. Verstrekking van verzorging: verstrekkingen die opgenomen zijn in de Nomenclatuur (KB van 14/09/1984 en latere wijzigingen).

1.6. Farmaceutische producten: Onder farmaceutische producten moet verstaan worden:

- elke farmaceutische specialiteit die bij het Ministerie van Volksgezondheid is ingeschreven krachtens artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 en het KB van 3 juli 1969, gewijzigd door latere besluiten;
- de farmaceutische specialiteit ingevoerd door het ziekenhuis van een ander land, overeenkomstig de bepalingen van artikel 105 van het Koninklijk Besluit van 14 december 2006 betreffende geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik;
- de magistrale bereiding;
- de contrastmiddelen.

1.7. Implantaten en medische hulpmiddelen: al wat erkend wordt door de reglementering.

1.8. 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.

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

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

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

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

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

1.14. 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 Hospitalia Ambulant, 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 2 afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie Helan Onafhankelijk ziekenfonds of Partenamut). De verzekeringsnemer moet zich aansluiten, en ook zijn personen ten laste aansluiten zoals voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, behalve als hijzelf, de echtgeno(o)t(e) of samenwonende of hun kinderen al gedekt worden door een gelijkaardige verzekering van het type 'werkelijke kosten'.

Het ontslag of de schrapping van een verzekerde geeft impliciet aanleiding tot de uitschrijving van alle personen die verplicht waren om aan te sluiten.

De leeftijdsgrens op de aansluitingsdatum is vastgelegd op 64 jaar inbegrepen voor Hospitalia Ambulant, behalve in geval van mutatie in de verplichte verzekering voor de personen die vooraf aangesloten waren en in orde waren met hun premies bij een gelijkaardige dienst 'ambulante verzorging' van een andere Belgische mutualistische entiteit. Een bestaande verzekerde die aangesloten is bij Hospitalia Ambulant kan zijn dekking niet meer wijzigen ten voordele van Medicalia vanaf 1 juli 2022.

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 (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 verzekeringsnemer is aangesloten.

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

Het verzekeringscontract begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin MLOZ Insurance de correct ingevulde 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' en 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft (de interne datering of de scanning of online hebben bewijskracht), voor zover MLOZ Insurance de eerste premie ontvangen heeft voor elke verzekerde, uiterlijk de laatste dag van de 3de 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 en de medische vragenlijst 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 boven-

vermelde termijn van drie maanden zal deze premie terugbetaald worden en zal er een nieuwe aansluitingsprocedure moeten worden ingesteld.
Mocht de Medische Adviseur, op basis van de medische vragenlijst, bijkomende inlichtingen vragen vooraleer hij zich kan uitspreken over de aansluitingsaanvraag, dan beschikt de verzekeringsnemer over 45 dagen om hieraan een gevolg te geven.
Als deze termijn niet nageleefd wordt of als er geen bijkomende informatie ontvangen werd, begint de aansluiting automatisch te lopen volgens de hierboven bepaalde regels met een beperking van de tegemoetkoming voor de vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand die vermeld staat op de medische vragenlijst.
De beslissing tot aanvaarding, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, wordt per brief medegedeeld aan de kandidaat-verzekeringsnemer. De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste premie, de datum van de aanvaarding van de aansluiting en van de inwerkingtreding van die aansluiting, de duur van de wachttijd, de levenslange duur van die aansluiting en het aangeboden verzekeringsproduct.

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;
- 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 aan- sluiting 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 zes maanden

Vooraleer men de tegemoetkomingen van MLOZ Insurance kan genieten, dient men een wachttijd van zes maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitings- datum. MLOZ Insurance kent geen tegemoetkoming toe voor ambulante verzorging, 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, zonder medische vragenlijst, 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 verstrekt een tegemoetkoming voor alle ambulante verzorging 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 ambulante verzekeringen
  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 zes maanden gedekt waren door een gelijkaardige verzekering ambulante verzorging.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

Worden niet gedekt, de kosten van ambulante 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, be halve bij redding van personen of goederen, of van een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekeringsnemer. Het opzettelijke risico 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 terrorisme.

4.3. Einde van de waarborg

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het verzekeringscontract.

5. RECHT OP VERSTREKKINGEN

MLOZ Insurance en de verzekeringsnemer werken samen met het oog op de bepaling van het recht op verstrekkingen, dat bepaald wordt aan de hand van de geleverde inlichtingen. De verzekeringsnemer geeft aan de verzekeraar de toestemming om de vereiste inlichtingen in te winnen en hij verbindt er zich toe om zijn medewerking te verlenen aan de goede uitvoering van de maatregelen qua informatie en onderzoek, waartoe het onderzoek van het recht op verstrekkingen aanleiding geeft. De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die buiten proportie, niet relevant en overdreven blijkt te zijn in vergelijking met het onderzoek van het recht op verstrekkingen.
De onkostennota's moeten ingediend worden binnen de 3 jaar na de datum van de realisatie van het risico dat gedekt wordt door de waarborg. Als die termijn eenmaal verstreken is, is er sprake van verjaring.
De verzekeringsprestaties worden geregeld met de rechthebbende in het verzekeringscontract.
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 te waarschuwen over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt;
- aan de verzekeraar of zijn afdelingen alle gevraagde inlichtingen te be zorgen.

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 Hospitalia Ambulant (taks 9,60% inbegrepen)			
Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar*		**Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar***	
jonger dan 18 jaar	10,83	van 46 tot 49 jaar	23,99
van 18 tot 24 jaar	11,14	van 50 tot 59 jaar	34,58
van 25 tot 49 jaar	22,86	60 jaar en ouder	54,39
van 50 tot 59 jaar	32,94		
60 jaar en ouder	51,80		
Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar*		**Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar***	
49 jaar**	25,15	van 55 tot 59 jaar	49,40
van 50 tot 59 jaar	36,22	60 jaar en ouder	77,71
60 jaar en ouder	56,98		
Na 01/01/1994, tussen 60 en 64 jaar*			
59 jaar**	55,99		
60 jaar en ouder	88,07		

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

Een verhoging van de premie van respectievelijk 5, 10, 50 en 70% wordt berekend op de basistarieven voor de verzekeringsnemers die, op de datum van de aansluiting bij Hospitalia Ambulant, 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 AMBULANTE VERZEKERINGEN

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 ambulante verzekeringen.
De volgende criteria worden in overweging genomen voor Hospitalia Ambulant:

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 toe en stijgt het bedrag van de terugbetalingen, naarmate men ouder wordt. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de premie en de toegang tot het product.
a) De toegang kan beperkt worden naargelang van het gekozen product: de maximumleeftijd voor Hospitalia Ambulant is 64 jaar inbegrepen.
Deze leeftijdsgrens is niet van toepassing op vooraf aangesloten verzekerden die in orde waren met hun premies aan een gelijkaardige verzekering bij een andere VMOB.
b) De aansluiting na een bepaalde leeftijd kan aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie.

9.1.2. De gezondheidstoestand en vooral de aanwezigheid van een bestaande aandoening/toestand/ziekte, want het risico op een behandeling kan hierdoor stijgen, net als het bedrag van de medische kosten. Hierdoor kan het ook gerechtvaardigd zijn dat bepaalde medische kosten, verbonden met een bestaande toestand/aandoening/ziekte, niet gedekt worden.
9.1.3. Het vroegere bestaan van een gelijkaardige verzekering heeft een impact op 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 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, of de medische index verbonden aan de waarborg 'ambulante verzorging' 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 indexen niet toe te passen of slechts gedeeltelijk toe te passen.
De premies worden evenwel verhoogd in functie van de toepasbare belastingen op dat vlak. De premies evenals de dekking kunnen gewijzigd worden overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016..

11. TERUGBETALINGEN VAN HOSPITALIA AMBULANT IN BELGIË

Buiten een periode van hospitalisatie of daghospitalisatie en indien de prestaties of producten voorgeschreven en verstrekt zijn in België. Materiaal beoogd in artikels 11.3.2 en 11.3.3. kan worden aangekocht in de landen van de Europese Unie.

11.1. Medische honoraria - Raadplegingen - Bezoeken - Technische verstrekkingen

MLOZ Insurance betaalt terug: de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de inwendige geneeskunde, de dermato-venereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg de urgentietoeslag, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoestiek, de anatomo-pathologie, de genetica, de vroedvrouwen, de speciale verstrekkingen, de tandartsen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie, indien er een tegemoetkoming is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dit tot een bedrag dat gelijk is aan 50% van het remgeld.
De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de medische codes van de officiële nomenclatuur, die de zorgverstrekkers moeten aanbrengen op de aan de patiënten afgeleverde getuigschriften.

<u>In te dienen bewijsstukken</u>

Aan de verzekeringsnemers die aangesloten zijn bij dezelfde afdeling in de verplichte verzekering als voor MLOZ Insurance, worden de tegemoetkomingen van deze laatste vereffend, na voorlegging van de getuigschriften voor verstrekte hulp, tegelijkertijd met de tegemoetkomingen toegekend in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.
Voor de andere verzekeringsnemers worden de tegemoetkomingen betaald op basis van een fotokopie van de getuigschriften voor verstrekte hulp, vergezeld van een origineel bewijsstuk van de terugbetaling door de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

11.2. Kosten van geneesmiddelen buiten een periode van hospitalisatie

Indien voorgeschreven door een erkende arts of tandarts, dan worden de farmaceutische producten en de magistrale bereidingen terugbetaald ten belope van 50% van de door de patiënt in werkelijkheid betaalde prijs.
Worden nooit terugbetaald door MLOZ Insurance:

- homeopathische geneesmiddelen, dieetproducten of producten bedoeld voor de lichaamshygiëne;
- niet-geneeskrachtige producten, verkocht in de apotheek, zoals: voedingsmiddelen, dranken, zeep, zouten, tandpasta's, enz.
- fytotherapie.

<u>In te dienen bewijsstukken</u>

Overhandiging aan MLOZ Insurance van een "attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering (BVAC)" van de apotheker, naar behoren ingevuld door de apotheker en medeonder-

tekend door de verzekeringsnemer of van een ambulante factuur van het ziekenhuis.

11.3. Protheses

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming is, komt MLOZ Insurance tussen met inachtneming van volgende limieten en voorwaarden:

11.3.1. Tandprotheses afgeleverd buiten een periode van hospitalisatie

De protheses worden binnen de volgende limieten terugbetaald:

a) Volledige prothese

- bovenkant of onderkant: maximaal € 500 per prothese, met een vernieuwingstermijn vastgelegd op 5 jaar.

b) Gedeeltelijke prothese

De tegemoetkoming van MLOZ Insurance wordt beperkt tot € 250 per kalenderjaar.

c) Andere tandprotheses

Zoals bruggen, stifttanden, kronen, bijplaatsing van tanden bij een bestaande prothese: € 250 max. per kalenderjaar.

11.3.2. Oogprotheses

Glazen, contactlenzen, intraoculaire chirurgische lenzen en chirurgische correcties (correcties van het zicht - keratotomie, laserehandelingen), met uitzondering van brilmonturen en zonnebrillen, worden terugbetaald tegen € 250 maximum per kalenderjaar.

11.3.3. Andere

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming is, blijft de tegemoetkoming van MLOZ Insurance beperkt tot ten hoogste € 500 per kalenderjaar, voor de hoorapparaten, orthopedische zolen, pruiken, borstprotheses, beugels (dit is een medisch-orthopedische orthese op medisch voorschrift) en tandimplantaten en tandbeugels, zonder zuiver esthetisch doel.

Bewijsstukken die ingediend moeten worden voor de protheses

Overhandiging aan MLOZ Insurance van een Hospitaliaformulier dat de titel 'Protheses - tegemoetkomingsaanvraag' draagt. Dit formulier moet naar behoren ingevuld worden door de zorgverlener en moet medeondertekend zijn door de verzekeringsnemer. Voor de oogprotheses: de originele factuur van de opticien ook bijvoegen.

Voor de andere protheses: de originele factuur van de prothesemaker en het geneeskundige voorschrift voor de hoorapparaten, orthopedische zolen, pruiken en borstprotheses ook bijvoegen.

11.4. Cumulatie van terugbetalingen

De terugbetalingen die opgenomen zijn in Hospitalia Ambulant, mogen gecumuleerd worden met de terugbetalingen voorzien door Hospitalia, Hospitalia Medium en Hospitalia Plus inzake verzorging vóór en na een ziekenhuisopname en terugbetalingen voor de waarborg zware ziektes. Het terugbetaalde bedrag kan en mag hoe dan ook niet hoger zijn dan het bedrag van de gedekte waarborg en a fortiori het bedrag dat in werkelijkheid aangerekend werd aan de verzekeringsnemer.

12. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

1. Beperkingen van de tegemoetkoming voor vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden

Voor Hospitalia Ambulant heeft de medische vragenlijst als doel om eventueel de tegemoetkoming te beperken door een weigering van de ambulante verstrekkingen die te maken hebben met die vooraf bestaande ziekte, aandoening of toestand.

Tijdens de eerste 24 maanden aansluiting bij het product zal de Medische Adviseur kunnen beslissen om deze beperking toe te passen wegens een onopzettelijk verzwijgen of een onopzettelijke onjuistheid betreffende zijn gezondheidstoestand op de medische vragenlijst.

Deze beperking is vastgelegd voor minimaal 3 jaar, na afloop waarvan de verzekeringsnemer desgewenst kan vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch dossier.

De poging tot zelfdoding kan door MLOZ Insurance niet in rekening worden gebracht bij het bepalen van de huidige gezondheidstoestand indien deze poging al langer dan 1 jaar voor het invullen van de medische vragenlijst heeft plaatsgevonden.

2. Verstrekkingen die niet gedekt worden door Hospitalia

MLOZ Insurance verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor de medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen die van esthetische aard zijn, en/of die niet noodzakelijk zijn om te genezen;
- 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. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

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

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-KB's en door het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-KB's) en met de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoerings- KB's);
- de Europese verordeningen 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsovereenkomst gesloten door België;
- de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen;
- de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de ziekenfondsen.

De gedekte supplementen worden dus bepaald in verwijzing naar deze tegemoetkomingen. Heeft de verzekeringsnemer om een of andere reden niet het recht om een beroep te doen op een of meer van deze tegemoetkomingen, dan komt MLOZ Insurance tussen op dezelfde wijze als voor een verzekeringsnemer die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

13.2. Wanneer de krachtens een andere wetgeving, het gemeenrecht of een ander verzekeringscontract toegekende sommen lager zijn dan de door MLOZ Insurance toegekende verstrekkingen, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van die laatste. Deze inlichtingen moeten voorkomen op de 'Tegemoetkomingsaanvraag'.

De tegemoetkoming van MLOZ Insurance mag in geen geval hoger zijn dan het bedrag van de werkelijk door de verzekerde aangegane kosten.

Wanneer de schade geacht wordt gedekt te worden door het gemeenrecht of door een andere wetgeving, dan kan MLOZ Insurance voorlopig verstrekkingen toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding. MLOZ Insurance zal in dit geval in alle rechten treden die de verzekerde kan uitoefenen ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding.

De verzekeringsnemer mag geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaandelijke toestemming van MLOZ Insurance.

14. TEGEMOETKOMINGEN

14.1. 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.

14.2. 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.

14.3. Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op terugbetalingen, moet de verzekeringsnemer in orde zijn met de betaling van zijn premies.

De terugbetaling van de farmaceutische kosten gebeurt middels de voorlegging van een 'Attest over de terugbetaalbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een aanvullende verzekering' van de apotheker of nog van een (ambulante) factuur van het ziekenhuis, die het ziekenhuis of de verzekerde eventueel gescand heeft, of de factuur die op een andere duurzame drager bezorgd werd. Om aanspraak te kunnen maken op de in Hospitalia Ambulant opgenomen voordelen, zal de verzekeringsnemer de bewijsstukken indienen, die beschreven staan in de rubriek 'Terugbetalingen van Hospitalia Ambulant'. 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.

15. 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.