Conditions générales Hospitalia Plus
au 1er janvier 2027

Conditions générales Hospitalia Plus 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

Hospitalia Plus

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

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

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

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

1.8. 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.

1.9. Implants et dispositifs médicaux : tout ce qui est reconnu réglementairement, incluant la marge de délivrance et la marge de sécurité.

1.10. Autres fournitures : les produits et prestations qui peuvent légalement être facturés dans la rubrique 5 de la facture patient prévues dans l'annexe 37 et dans la rubrique 3 de la facture patient comme stipulé dans 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.

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

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

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

1.14. Soins ambulatoires : les soins prodigués en dehors d'une hospitalisation et en dehors d'une hospitalisation de jour.

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

1.16. 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 maladie ou d'affection ou d'état préexistants.

1.17. Affection, maladie ou état préexistant : une affection, une maladie ou un état de santé (comme la grossesse) existant 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 une hospitalisation ou à des soins ambulatoires.

1.18. Attelle : une attelle est un dispositif médical, composé de métal et/ou de matière synthétique, destiné à fixer une articulation ou un membre de manière à réduire au minimum les mouvements. Il s'agit d'un traitement temporaire destiné à soulager la douleur ou à prévenir d'autres blessures.
En ce qui concerne les attelles remboursables, il s'agit des codes de la nomenclature de l'article 29, paragraphe 1, point A (sauf pour la réparation et l'entretien), point B (groupes principaux I, II, III, IV, VI, VIII, XII) et point C (tous les groupes principaux sauf XVI).

1.19 Franchise : Par franchise on entend la part des frais couverts qui reste à la charge de l'assuré et qui vient en déduction de l'intervention de la Société Mutualiste d'Assurances.

1.20. 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.

1.21. Transports urgents des 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 couverture 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 Hospitalia Plus 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 similaires auprès d'une autre entité mutualiste belge, ou
- en cas de transfert d'Hospitalia Continuité vers Hospitalia Plus, par le preneur ou l'assuré, où la limite d'âge est fixée à 66 ans (67 ans, à partir 2030) pour autant que les conditions de transferts soient respectées.

2.2. Influence du non-paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité sur votre affiliation à MLOZ Insurance
Il est important que vous soyez toujours en règle au niveau du paiement des

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

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

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

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

Si vous êtes déjà affilié à MLOZ Insurance, celle-ci sera tenue légalement de mettre fin à votre affiliation, et donc à l'ensemble de vos couvertures, si vous êtes sanctionné par une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité, suite au non-paiement des cotisations pour ces services durant une période consécutive de 24 mois. Cette exclusion automatique devra se faire indépendamment du fait que vous avez toujours payé régulièrement vos primes pour les assurances prises auprès de MLOZ Insurance. Vous ne pourrez ensuite vous réaffilier à MLOZ Insurance (selon les conditions d'une nouvelle affiliation) que pour autant que vous recommenciez à payer régulièrement vos cotisations pour les services complémentaires de votre mutualité. La période pendant laquelle vous devez payer des cotisations sans pouvoir prétendre aux prestations des services complémentaires dépend du fait que vous êtes ou étiez en situation digne d'intérêt (par exemple (mais non exhaustif) revenu d'intégration règlement collectif de dette, faillite personnelle,...). Toute interruption de 6 mois dans le paiement de ces cotisations pendant la période visée dans la phrase précédente entraîne une nouvelle exclusion de MLOZ Insurance.

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

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.1. Début de la garantie d'assurance

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

4.1.1. Règle générale : stage de 3 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de MLOZ Insurance, un stage de 3 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. 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 assurances hospitalisation et 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 assurance hospitalisation similaire de type "indemnitaire", c'est-à-dire une assurance dont les remboursements sont effectués sur base des coûts réels repris sur la facture patient, et par une Garantie "Maladies graves" similaire.

4.2. Exclusions de la garantie

Pour toutes les couvertures et types de chambres

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

- résultant de faits de guerre, à l'exclusion du terrorisme : toutefois, la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si le preneur a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés, sauf la preuve à apporter par le preneur qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- survenant lorsque le preneur se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou 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

Une majoration de prime respective de 5, 10, 50 et 70 % est calculée sur les taux de base pour les preneurs qui, à la date de l'affiliation à Hospitalia Plus, sont âgés respectivement de 46 à 49 ans, 50 à 54 ans, 55 à 59 ans, 60 à 67 ans.

Affiliés au produit Hospitalia Plus (taxes de 10 % incluses)			
Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans*		Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans*	
moins de 18 ans	8,80 €	de 46 à 49 ans	29,38 €
de 18 à 24 ans	11,01 €	de 50 à 59 ans	36,07 €
de 25 à 49 ans	27,98 €	60 ans et plus	65,04 €
de 50 à 59 ans	34,36 €		
de 60 et plus	61,95 €		
Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans*		Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans*	
49 ans**	30,77 €	de 55 à 59 ans	51,41 €
de 50 à 59 ans	37,77 €	60 ans et plus	92,80 €
60 ans et plus	68,10 €		
Après le 01/01/1994, à partir de 60 ans*			
59 ans**	58,23 €		
60 ans et plus	105,11 €		

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

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 modalités d'une nouvelle affiliation) que pour autant qu'il ait acquitté toutes les primes échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

9. SEGMENTATION ASSURANCES HOSPITALIERES

Lors de l'affiliation à un contrat d'assurance, les compagnies d'assurances appliquent des critères de segmentation qui influencent tant l'accès au produit d'assurance que la détermination des primes et la portée de la garantie. Vous trouverez, ci-dessous, un aperçu des différents critères que MLOZ Insurance utilise dans le cadre de ses assurances hospitalisation.

Les critères suivants sont pris en considération pour Hospitalia Plus:
9.1. Lors de la prise de cours du contrat :
9.1.1. L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement et d'hospitalisation ainsi que le montant des remboursements augmentent avec l'âge. L'âge est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la prime ainsi que dans l'accès au produit.
a) L'accès peut être limité en fonction du produit choisi : l'âge limite pour Hospitalia Plus est de 67 ans inclus, de même pour la Garantie "Maladies graves" complémentaire à 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 affection/état/maladie préexistant car le risque de traitement et d'hospitalisation peut se voir augmenté, ainsi que le montant des frais médicaux. Il peut également justifier que certains frais médicaux liés à un état, une affection ou une maladie préexistant 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, sauf pour l'application de l'état préexistant en cas de grossesse (cf. 9.1.2.) :
- Pour les assurées couvertes précédemment par une assurance hospitalisation similaire de nature mutualiste, cette limitation ne sera appliquée que si l'accouchement se produit dans la période des 9 premiers mois, cumulant la période d'assurance auprès de la précédente SMA et d'Hospitalia Plus, sans interruption.
- Lorsque l'affiliée bénéficiait au préalable d'une assurance similaire via un assureur privé (individuelle/collective), cette affiliée a droit, pendant les 9 premiers mois d'affiliation à Hospitalia Plus, aux remboursements en cas d'accouchement avec une seule limitation : en cas de séjour en chambre à 1 lit, les suppléments de chambre et d'honoraires ne seront pas remboursés.
Cette distinction pour les entités mutualistes belges est motivée par les raisons suivantes :
- La caractéristique spécifique des assurances mutualistes, à savoir le fait qu'un changement de mutualité implique la cessation de l'assurance auprès de la SMA correspondante, qui justifie un traitement souple des personnes auparavant affiliées à une autre SMA, considérant le faible risque d'anti-sélection dans ce contexte;
- La préservation de la possibilité de changer de mutualité (liberté de choisir sa mutualité).

9.2. Durant le contrat :
9.2.1. L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement et hospitalisation augmentent avec l'âge ainsi que le montant des débours. Le montant de la prime augmente dès lors en fonction de l'âge de l'assuré.
9.2.2. Le type de chambre : dans le cadre d'Hospitalia Plus, le choix d'une chambre particulière entraîne l'application d'une franchise de € 150 par année civile dans un hôpital réclamant plus de 200 % de suppléments d'honoraires par rapport au tarif de la convention. La liste de ces hôpitaux est consultable sur www.hopitauxfranchise.be.

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 respectivement à la garantie "chambre particulière" pour Hospitalia Plus, et 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. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA PLUS

11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

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

17 (M)	Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M
18 (n)	Nouveau-né hospitalisé en service N*(n) alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital
19 (n)	section des soins néonatals non intensifs
20 (B)	service de traitement de la TBC
21 (C)	service de diagnostic et de traitement chirurgical
22 (D)	service de diagnostic et de traitement médical
23 (E)	service de pédiatrie
24 (H)	service d'hospitalisation simple
25 (L)	service des maladies contagieuses
26 (M)	service de maternité
27 (N)	service des soins néonatals intensifs
29	unité de traitement des grands brûlés
34 (K)	service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
35 (K1)	Hospitalisation de jour en service K
36 (K2)	Hospitalisation de nuit en service K
37 (A)	service neuropsychiatrique (jour et nuit)
38 (A1)	Hospitalisation de jour en service A
39 (A2)	Hospitalisation de nuit en service A
41 (T)	service psychiatrique (jour et nuit)
42 (T1)	Hospitalisation de jour en service T
43 (T2)	Hospitalisation de nuit en service T
48 (IB)	service de traitement intensif des patients psychiatriques
49 (I)	service de soins intensifs et dans les limites prévues :
30 (G)	service de gériatrie et de revalidation
61 à 66 (Sp)	services spécialisés :
61	affections cardio-pulmonaires
62	affections locomotrices
63	affections neurologiques
64	affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
65	polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
66	affections psychogériatriques

1. En cas d'hospitalisation complète en chambre commune ou à deux lits : remboursement intégral sur base de la facture patient et de la note d'honoraires du montant de la facture patient, hormis pour les 4 plafonds 2.2.2, 2.5, 2.6 et 2.9 visés ci-dessous.

2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement sur base de la facture patient et de la note d'honoraires :

2.1. des suppléments de chambre à concurrence de max. € 125 par jour.
2.2.1 des frais d'accompagnement du père ou de la mère dans la chambre de son enfant hospitalisé, âgé de moins de 19 ans.
2.2.2 des frais liés au lit accompagnant d'un proche dans la chambre d'un adulte hospitalisé, âgé de 19 ans ou plus , à concurrence de maximum € 30 par jour.
2.3. des frais de séjour du donneur d'organe volontaire, si le don est médicalement nécessaire, durant l'hospitalisation du receveur.
2.4. des produits pharmaceutiques remboursables en assurance obligatoire en milieu hospitalier.
2.5. des produits pharmaceutiques non remboursables en assurance obligatoire, en milieu hospitalier, à concurrence de € 1.200 par cas d'hospitalisation. Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de € 2.500 ou plus, un remboursement de € 2.400 pourra être octroyé au maximum une fois par an.
2.6. des produits parapharmaceutiques en milieu hospitalier, à concurrence de € 250 par hospitalisation. Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient, de € 5.000 ou plus, un remboursement de € 500 pourra être octroyé au maximum une fois par an.
2.7. des quotes-parts personnelles y compris le forfait médicament - légalement à charge du bénéficiaire - figurant à la colonne "intervention personnelle patient" de la facture patient et de la note d'honoraires.
2.8. des suppléments d'honoraires à concurrence de maximum 300 % du tarif de la convention.
2.9. de prothèses, implants, dispositifs médicaux et autres fournitures :

- Prothèses, implants et dispositifs médicaux remboursables en assurance obligatoire, à concurrence du prix réel facturé pour autant que ce montant soit identifiable comme étant le prix facturé pour un implant, une prothèse ou un dispositif médical.
- Prothèses, implants et dispositifs médicaux non remboursables en assurance obligatoire, à concurrence de max. € 5.000 par cas d'hospitalisation, sur la base du prix réel facturé pour autant que ce montant soit identifiable comme étant le prix facturé pour un implant, une prothèse ou un dispositif médical. Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le Conseiller Médical, pour des traitements 'evidence-based' et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré.
  En cas de frais à charge du patient, de € 10.000 ou plus, un remboursement de € 10.000 pourra être octroyé au maximum une fois par an.
- Frais légalement à charge du patient pour les autres fournitures à concurrence de 300 % du tarif de la convention. Pour les fournitures ne donnant pas lieu à une intervention du tarif de la convention, le rembour sement s'effectue à concurrence du prix facturé.

2.10. des bas de contention et/ou manchons de compression, à concurrence du montant facturé au patient.
2.11. des honoraires non remboursables en assurance obligatoire, avec un maximum de € 1.000 par cas d'hospitalisation.
2.12. Une franchise de € 150 par année civile est appliquée en cas de séjour d'au moins une nuit en chambre particulière dans un hôpital repris dans la liste, établie annuellement, des hôpitaux concernés par l'application de cette franchise. Le montant de cette franchise de € 150 est déduit du total des remboursements. Cette liste reprend les hôpitaux s'autorisant à réclamer des suppléments d'honoraires de plus de 200 % et n'ayant pas conclu de convention de limitation à 200% avec MLOZ Insurance.
Aucune franchise ne sera appliquée pour les hôpitaux s'engageant, dans le cadre de leur déclaration annuelle, à ne pas appliquer, pour toute l'année civile qui suit ladite déclaration, plus de 200 % de suppléments d'honoraires.
La liste des hôpitaux concernés par l'application de la franchise est établie annuellement avec application au 1er janvier.
La nouvelle liste sera applicable à tous les cas d'assurance dont le début du séjour coïncide ou est postérieur à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste.
La liste 2026 des hôpitaux réclamant plus de 200 % est la suivante :

- C.H. EPICURA (RHMS) - Ath, Hornu, Baudour
- C.H.U HELORA (La Louvière, Lobbes, Mons (Kennedy), Mons (Constantinople), Nivelles, Tubize, Warquignies)
- C.H.U. DE TIVOLI - La Louvière
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosselies)
- CLINIQUE CHC HERMALLE - Hermalle /s Argenteau
- CLINIQUE CHC HEUSY - Verviers (Heusy)
- CLINIQUE CHC MONT LEGIA - Liège
- CLINIQUE CHC WAREMME – Waremme
- C.M.P. LA RAMEE – Bruxelles
- CHIREC (Delta, Ste-Anne/St-Remi, Basilique, Edith Cavell, Brainel'Alleud Waterloo) - Bruxelles et Braine-l'Alleud
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC - Bruxelles
- HOPITAL BRUGMANN - Bruxelles
- HOPITAUX D'IRIS SUD (Baron Lambert, Etterbeek-Ixelles, Bracops et Molière)
- CLINIQUE SAINT PIERRE - Ottignies
- UZ Gent – Gent

Cette liste est consultable via www.hopitauxfranchise.be.

3. Intervention de € 7 par jour en faveur de l'accompagnant ayant séjourné dans une maison d'accueil hospitalière ou un hôtel de soins, pendant l'hospitalisation de l'assuré remboursée par MLOZ Insurance.
4. Intervention dans les soins néonatals, après l'hospitalisation, à concurrence de € 20 par jour pendant 7 jours maximum par accouchement remboursé par Hospitalia Plus, à partir du lendemain de la date de sortie de l'hôpital.
5. En cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour, en Belgique remboursée par Hospitalia Plus intervention dans les frais réellement supportés pour le transport urgent (après appel au service 100/112) vers l'hôpital, à concurrence de maximum € 500 par année civile, après toute autre intervention. S'il s'avère que cette hospitalisation et ce transport urgent ont été précédés, dans les 24 heures, par un autre transport urgent 100/112 vers un autre hôpital ou vers le même hôpital dans lequel l'assuré n'a pas été hospitalisé, Hospitalia Plus interviendra également pour cet autre transport urgent selon les mêmes modalités.

6. Remboursement des acomptes légaux (tels que prévus par la Convention Nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs) versés à l'hôpital, au plus tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital, à condition que le preneur puisse bénéficier des interventions de MLOZ Insurance sans limitations pour maladies ou affections ou états préexistants. S'il s'avère a posteriori que l'hospitalisation ne peut être couverte ou si le montant de l'acompte est supérieur à l'intervention de MLOZ Insurance ou si le preneur ne présente pas sa facture, les sommes indues seront récupérées.
Le preneur se verra d'office porter en compte un montant forfaitaire de € 15 à titre de frais de rappel, en cas de non-remboursement du trop-perçu réclamé.
Limitations en cas d'hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48
L'intervention en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 est limitée à 50 jours par an.

11.2. Interventions pour les hospitalisations de jour en Belgique

Le remboursement est identique à celui prévu pour les hospitalisations mais sans franchise (point 11.1) sauf pour le remboursement en chambre particulière des frais de séjour limité à max. € 100 et à max. 100 % du tarif de la convention pour les suppléments d'honoraires.

11.3. Accouchement à domicile en Belgique

Intervention à concurrence d'un forfait unique pour couvrir tous les frais y relatifs, y compris les soins donnés avant et après l'accouchement (60 jours avant et 180 jours après) à raison de € 700.

11.4. Interventions pour les hospitalisations à l'étranger

L'intervention destinée à couvrir les frais réellement supportés s'élève à max. € 360 par jour et ce, en complément de l'intervention éventuelle de l'assurance obligatoire selon le tarif belge ou du pays où l'hospitalisation s'est déroulée.
La durée de l'intervention est limitée au nombre de jours par hospitalisation ou par année civile dans certains services, comme pour une hospitalisation en Belgique. Les étudiants qui, dans le cadre de leurs études, séjournent à l'étranger, sont également couverts.
L'hospitalisation de jour (one-day clinic) n'est pas couverte à l'étranger.
Pour les maladies ou affections ou états préexistants, l'intervention est limitée en cas de séjour en chambre particulière uniquement : exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte.

11.5. Interventions préhospitalières

Les soins préhospitaliers doivent avoir été dispensés en Belgique et prodigués en relation directe avec l'hospitalisation qui a suivi et couverte par les présentes conditions générales, pour autant que MLOZ Insurance soit intervenue pour l'hospitalisation visée.
Ces soins doivent être étayés par une quittance.
L'intervention vise :

- le remboursement à 100 % des quotes-parts personnelles dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance maladie s'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et s'ils ont été délivrés dans les 60 jours précédant l'hospitalisation visée ;
- la couverture des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires légaux, limités à 100 % du tarif de la convention et afférents aux soins et s'ils ont été effectués dans les 60 jours précédant l'hospitalisation visée.

Par soins préhospitaliers, il convient d'entendre les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et spécialistes, les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue des soins urgents spécialisés, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermato-vénérologie, la biologie clinique, les suppléments d'urgence, l'anatomopathologie, les accoucheuses, la kinésithérapie, les soins infirmiers ayant les codes suivants : 421072 - 421094 - 423054 - 423076 - 423091 - 423113 - 423253 - 423275 - 423290 - 423312 - 424491 - 424513 - 424535 - 425014 - 425036 - 425051 - 425176 - 425191 - 425213 - 425375 - 425412 - 425434 - 425456 - 425596 - 425611 - 425773 - 427416 - 427431 - 427475 - 427490 - 427534 - 427556, les radio-isotopes, les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne, la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre effectués en ambulatoire pendant la période de 60 jours précédant l'hospitalisation et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec celle-ci.
Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie infanto-juvénile feront l'objet d'une intervention préhospitalière dans les 60 jours uniquement s'ils précédent une hospitalisation dans l'un des services suivants : 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.
L'intervention vise également les atelles, à concurrence de 50 euros maximum par cas d'hospitalisation, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et qu'elles ont été délivrées soit dans les 60 jours précédant l'hospitalisation, soit dans les 180 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.
Si la période de 60 jours précédant l'hospitalisation prise en charge coïncide avec une période de soins posthospitaliers, l'assuré a droit au remboursement le plus avantageux.
Exclusion : les soins préhospitaliers sont exclus avant un séjour en service 61 à 66 (spécialités), sauf pour les soins ambulatoires dans le service des urgences.
Il n'y a une intervention pour les frais préhospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 que pour les prestations reprises sous le libellé "séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie".

11.6. Interventions posthospitalières

11.6.1. Soins posthospitaliers
Les soins posthospitaliers doivent être dispensés en Belgique et prodigués en relation directe avec l'hospitalisation qui a précédé et couverte par les présentes conditions générales, pour autant que MLOZ Insurance soit intervenue pour l'hospitalisation visée.
Ces soins doivent être étayés par une quittance.
L'intervention d'Hospitalia Plus vise :

- le remboursement à 100 % des quotes-parts personnelles dans le coût des produits pharmaceutiques et préparations magistrales remboursables dans le cadre de l'assurance maladie, s'ils font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et s'ils ont été délivrés dans les 180 jours qui suivent l'hospitalisation visée ;
- la couverture des tickets modérateurs et des suppléments d'honoraires légaux, limités à 100 % du tarif de la convention et afférents aux soins posthospitaliers (les prestations doivent être effectuées dans les 180 jours suivant l'hospitalisation).

Par soins posthospitaliers, il convient d'entendre les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et des médecins 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 suppléments d'urgence, l'anatomopathologie, les accoucheuses, la kinésithérapie, les soins infirmiers, la logopédie, les radio-isotopes, la rééducation cardiaque, la revalidation locomoteur pour les codes 776156 - 776171 - 773791 - 773776 - 773872 - 773754 - 773673 - 773813 - 773614 - 773732, les séances de psychologie reprises dans la convention entre l'INAMI et le réseau santé mentale adultes relative à la création d'une offre de soins de psychologie de première ligne, la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre effectués en ambulatoire pendant la période de 180 jours qui suit l'hospitalisation, le placement du processeur Baha effectué en ambulatoire pendant la période de 90 jours qui suit l'hospitalisation et pour autant que ces soins aient été prodigués en Belgique et soient en relation directe avec celle-ci.
Le remboursement du processeur Baha est subordonné à la condition qu'une première électrode Baha ait été placée et remboursée par MLOZ Insurance durant une hospitalisation ou une hospitalisation de jour.
Les codes liés aux séances de psychologie, à la téléconsultation par un psychiatre/neuro-psychiatre, aux psychothérapies et à la psychiatrie infanto-juvénile feront l'objet d'une intervention posthospitalière dans les 180 jours uniquement s'ils suivent une hospitalisation dans l'un des services suivants : 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48.
L'intervention vise également les attelles, à concurrence de € 50 maximum par cas d'hospitalisation, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale d'un médecin et qu'elles ont été délivrées soit dans les 60 jours précédant l'hospitalisation, soit dans les 180 jours suivant l'hospitalisation, pour autant qu'elles soient en relation directe avec l'hospitalisation.
Concernant les séances de kinésithérapie, de physiothérapie et de rééducation cardiaque, celles-ci sont limitées à 45 pour l'ensemble de ces 3 types de prestations et doivent avoir été effectuées dans les 180 jours qui suivent la période d'hospitalisation.
Si la période des soins posthospitaliers prise en charge coïncide avec une période de soins préhospitaliers, le preneur a droit au remboursement le plus avantageux.
Exclusion : les soins posthospitaliers sont exclus après un séjour en services 61 à 66 (spécialités).
Il n'y a une intervention pour les soins posthospitaliers liés à une hospitalisation en services 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 48 que pour les prestations reprises sous le libellé "séances de psychologie, téléconsultation et psychiatrie".
11.6.2. Séjours posthospitaliers
Un forfait de € 15 par jour est accordé pour tout séjour temporaire dans une institution de convalescence ou de revalidation.
L'intervention est accordée pour autant que le séjour ait débuté dans les 14 jours qui suivent la sortie de l'hôpital. Elle est limitée à 15 jours par année civile.

12. ASSISTANCE EN BELGIQUE - "Hospitalia Assist"

12.1. OBJET ET ETENDUE DE L'ASSISTANCE

"Hospitalia Assist", offre les services ci-après, aux preneurs d'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 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 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 8h, 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 8h, 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 8h, 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 8h, 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 pédago-

gique 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 le produit Hospitalia Plus.
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. Aucun plafond annuel

13.2. Limitations d'intervention pour maladies ou affections ou états préexistants

Le Conseiller Médical de MLOZ Insurance peut, sur base du questionnaire médical, communiquer au preneur au moment de son affiliation, que l'intervention est limitée pour les hospitalisations et les hospitalisations de jour liées directement à des maladies ou affections ou états préexistants (comme la grossesse), en excluant le remboursement des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de séjour en chambre particulière. Cette limite d'intervention n'est pas applicable en cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits.
Durant les 24 premiers mois d'affiliation au produit, le Conseiller Médical pourra décider de cette limitation (exclusion de la prise en charge des suppléments en cas de séjour en chambre particulière) 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 notion d'état préexistant liée à la grossesse sera appliquée comme suit :

- pour les accouchements ayant lieu durant les 3 premiers mois d'affiliation, aucun remboursement n'est prévu. Toutefois, les frais d'hospitalisation sont pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de séjour en chambre particulière et si, au moment de l'accouchement, il a été dérogé au stage ;
- pour les accouchements ayant lieu entre le 4ème et 9ème mois d'affiliation au service hospitalisation, les frais d'hospitalisation sont pris en charge, à l'exclusion des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de séjour en chambre particulière.

La notion d'état préexistant liée à la grossesse ne sera pas appliquée :

- aux accouchements ayant lieu à partir du 10ème mois d'affiliation ;
- aux accouchements d'assurées couvertes précédemment par un service "hospitalisation" mutualiste similaire ou offrant une couverture plus avantageuse. Dans ce cas, les 9 premiers mois, tels que décrits dans le paragraphe ci-avant, débutent à la date d'affiliation à ce service hospitalisation similaire ou plus avantageuse.

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 Hospitalia Plus

MLOZ Insurance n'intervient pas :

- pour les frais divers tels que les frais de confort de chambre, les produits d'hygiène, la nourriture et les boissons, les autres produits et services fournis à la demande du patient, les frais de transport non-urgent et les frais soumis à la TVA ;
- pour les prestations médicales, pharmaceutiques et hospitalières tenant à l'esthétique, et/ou à la chirurgie refractive, et/ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical et les frais soumis à la TVA ;
- pour les implants et prothèses dentaires, et toutes les prestations qui y sont liées, sauf ceux effectués dans le cadre d'une hospitalisation d'au moins une nuit en chambre à plus d'un lit remboursée par Hospitalia Plus ;
- 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 ;
- pour les frais liés aux traitements médicaux qui s'effectuent intentionnellement à l'étranger et pour lesquels le médecin-conseil de l'Assurance Obligatoire n'a pas donné son accord.

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.
Pour que MLOZ Insurance puisse accorder ses interventions, il est indispensable qu'au cours de l'hospitalisation, une des prestations médicales au moins soit reprise dans la liste des prestations remboursables par Hospitalia Plus et soit remboursée en assurance obligatoire.
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 remboursements 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 dans Hospitalia Plus, le preneur remplira un document "Demande d'intervention" délivré par MLOZ Insurance et fournira à celle-ci toutes les pièces justificatives étayant ses débours, dont l'original des factures patient. Par pièce justificative relative aux frais hospitaliers, on entend l'original de la facture patient et éventuellement la note d'honoraires ou la facture scannée par l'hôpital ou par l'assuré ou la facture transmise sur tout autre support durable.
Pour obtenir les avantages des soins pré- et posthospitaliers et 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.