Algemene voorwaarden Hospitalia Smart
op 1 januari 2027

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

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

Hospitalia Smart

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'MLOZ Insurance' (courante benaming: Hospitalia) is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, door een beslissing van 24 juni 2013 voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen, alsook voor de dekking, in bijkomende orde, van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van bijlage 1 van voornoemde wet, onder het CDZ-codenummer 750/01.

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

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

1.4. Afdelingen: de afdelingen van MLOZ Insurance zijn de tussenpersonen die de verzekeringsproducten aanbieden: 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

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

1.6. Daghospitalisatie:
Onder daghospitalisatie dient men uitsluitend te verstaan:
- een daghospitalisatie is een opname en verblijf in een ziekenhuis d.w.z. in een als dusdanig door de FOD Volksgezondheid erkende instelling, zonder overnachting waarbij de patiënt één of meerdere planbare interventies ondergaat. Bedoelde interventies vereisen vastgestelde procedures voor de selectie van de patiënten, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de nazorg, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten onder toezicht en leiding van een arts-specialist verbonden aan het ziekenhuis met adequaat toezicht en toediening van zorg;
- een functie 'chirurgische daghospitalisatie' die erkend is op basis van de bepalingen die zijn vastgesteld bij het KB van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie 'chirurgische daghospitalisatie' moet voldoen om te worden erkend.

De bepalingen van de Nationale Overeenkomst tussen ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen, van kracht op de datum van de verstrekking, zullen worden toegepast. MLOZ Insurance gaat ervan uit dat de ziekenhuisfactuur de correcte toepassing van de Overeenkomst weergeeft.

1.7. Verstrekking van verzorging: verstrekkingen die opgenomen zijn in de Nomenclatuur (KB van 14/09/1984 en latere wijzigingen).

1.8. 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.

1.9. Implantaten en medische hulpmiddelen: al wat erkend wordt door de reglementering, met inbegrip van de afleveringsmarge en de veiligheidsmarge.

1.10. Andere leveringen: de producten en verstrekkingen die wettelijk aangerekend mogen worden in rubriek 5 van de patiëntenfactuur zoals bepaald in bijlage 37 en in rubriek 3 van de patiëntenfactuur zoals bepaald in bijlage 37bis van de verordening van 1 februari 2016 houdende uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

1.11. 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.

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

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

1.14. Ambulante verzorging: de verzorging die toegediend wordt buiten een ziekenhuisopname en buiten een dagopname.

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

1.16. 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.

1.17. Vooraf bestaande aandoening, ziekte of toestand: een aandoening, ziekte 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 een ziekenhuisopname of ambulante verzorging veroorzaakt.

1.18. Spalk: een spalk is een medisch hulpmiddel bestaande uit metaal en/of kunststof voor het fixeren van een gewricht of ledemaat zodat beweging tot een minimum herleid wordt. Het betreft een tijdelijke behandeling om de pijn te verzachten of om verdere letsels te voorkomen. Wat de terugbetaalbare spalken betreft, zijn dit de nomenclatuurcodes van art29 §1, A (behalve herstel en onderhoud), B (hoofdgroepen I, II, III, IV, VI, VIII, XII) en C (alle hoofdgroepen behalve XVI).

1.19. 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.

1.20. Dringend vervoer van patiënten: Onder 'dringend vervoer van patiënten' moeten worden verstaan, elk vervoer via ziekenwagen of helikopter na een oproep naar de eenvormige dienst 100/112 en volgens de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening en zijn uitvoeringsbesluiten, wanneer dat onmiddellijk gevolgd wordt door een ziekenhuisopname of dagopname in België waarvoor MLOZ Insurance een tegemoetkoming toekent.

2. AANVAARDING

2.1. Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Hospitalia Smart, 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 3 afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: Partenamut, Freie Krankenkasse, Helan Onafhankelijk ziekenfonds).
De verzekeringnemer 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.
Er is geen leeftijdsgrens voor aansluiting bij Hospitalia Smart.
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 klant 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 derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.
De aansluiting van een pasgeborene of van een adoptiekind jonger dan drie jaar dat niet vrijgesteld is van wachttijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, op voorwaarde dat MLOZ Insurance de aansluitingsaanvraag 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 bovenvermelde 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 in geval van ziekenhuisopname, en een weigering in geval van zware ziekte, 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 in geval van ziekenhuisopname, met een weigering in geval van zware ziekte, 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.

De stopzetting van de verzekering Hospitalia Smart houdt automatisch het einde in van de Waarborg 'Zware ziektes'. Deze opzegtermijn van 1 maand is evenwel niet vereist/wordt niet geëist als men van hospitalisatiedekking verandert binnen Hospitalia Smart;

- in geval van fraude of poging tot fraude:
  - wordt de verzekeringswaarborg geweigerd of verminderd in verhouding tot het nadeel dat MLOZ Insurance lijdt; en
  - wordt het contract beëindigd.
- wanneer er vrijwillig schade zou zijn berokkend aan de belangen van MLOZ Insurance en meer bepaald in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van informatie in het kader van de verklaringen bij de aansluiting of bij de indiening van de terugbetalingsaanvragen, of nog in geval van weigering om zich te schikken naar onderhavige bepalingen, is de verzekeringsovereenkomst nietig. Bijkomend kan worden besloten tot de nietigheid van de aansluiting van de verzekerde. In beide gevallen komen de premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, MLOZ Insurance toe;
- in geval van opzegging door de verzekeraar, bij niet-betaling van de premies;
- bij uitsluiting uit de aanvullende diensten van de ziekenfondsen;
- bij een mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen (stopzetting van rechtswege);
- bij overlijden;
- in geval van nietigheid.

4. BEGIN, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.1. Begin van de verzekeringswaarborg

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

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van drie maanden

Vooraleer men de tegemoetkomingen van MLOZ Insurance kan genieten, dient men een wachttijd van drie maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitingsdatum. Er zal ook een wachttijd van drie maanden van toepassing zijn op de uitbreiding van de dekking, vanaf de datum van aansluiting bij deze uitbreiding van de dekking. MLOZ Insurance kent geen tegemoetkoming toe voor een ziekenhuisopname of 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 van het kind, aangesloten in de verplichte verzekering, zijn wachttijd beëindigd heeft.

• Schorsing in geval van gevangenschap
In geval van gevangenschap en op verzoek van de verzekeringsnemer kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekeringsnemer om een einde te maken aan deze periode van schorsing, en op voorwaarde dat hij zijn aanvraag indient binnen negentig dagen na het einde van de reden van schorsing en dat hij zijn premie betaalt binnen

vijftien dagen na het verzoek tot betaling door MLOZ Insurance.

• Afwijking van de wachttijd bij ongeval
MLOZ Insurance kent een tegemoetkoming toe voor elke ziekenhuisopname en 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 hospitalisatieverzekeringen en de gelijkaardige Waarborgen 'Zware ziektes'
MLOZ Insurance verstrekt een tegemoetkoming voor de nieuwe verzekerden die op basis van afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij MLOZ Insurance sinds drie maanden gedekt waren door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van het type 'vergoeding van schade', dus een verzekering waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van de werkelijke kosten die vermeld staan op de patiëntenfactuur, en door een gelijkaardige Waarborg 'Zware ziektes'.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

Voor alle dekkingen en kamertypes

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

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

6. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGSNEMER

De verzekeringsnemer is verplicht om:

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

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

7. PREMIES

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

Aangesloten bij het product Hospitalia Smart (taks 10% 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	4,11	van 46 tot 49 jaar	11,98
van 18 tot 24 jaar	5,38	van 50 tot 59 jaar	14,80
van 25 tot 49 jaar	11,41	60 jaar en ouder	32,47
van 50 tot 59 jaar	14,10		
60 jaar en ouder	30,93		
Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar (1)		Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar (1)	
49 jaar**	12,55	van 55 tot 59 jaar	21,15
van 50 tot 59 jaar	15,51	60 jaar en ouder	46,40
60 jaar en ouder	34,02	Na 01/01/1994 tot 30/06/2014 op de leeftijd 60 jaar en ouder*	
		59 jaar**	23,97
		60 jaar en ouder	52,58
Vanaf 01/07/2014 tussen 60 tot 70 jaar*		60 jaar en ouder	52,58
Vanaf 01/07/2014 tussen 71 tot 75 jaar*		71 jaar en ouder	55,67
Vanaf 01/07/2014 op 76 jaar en ouder*		76 jaar en ouder	58,77

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

Een verhoging van de premie Hospitalia Smart van respectievelijk 5, 10, 50, 70, 80 en 90% wordt berekend op de basistarieven voor de verzekeringsnemers die, op de datum van de aansluiting bij Hospitalia Smart, respectievelijk tussen 46 en 49 jaar, tussen 50 en 54 jaar, tussen 55 en 59 jaar, tussen 60 en 70 jaar, tussen 71 en 75 jaar, of 76 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 15 dagen, te rekenen vanaf de dag na de dag waarop de aangetekende brief afgegeven werd bij de post of de elektronisch gekwalificeerde zending afgeleverd wordt. Deze aanmaning brengt hem op de hoogte van de schorsing van de waarborg in geval van niet-betaling binnen bovenver-

melde termijn. Zij vormt het vertrekpunt van de termijn van 45 dagen, waarna van rechtswege wordt overgegaan tot het ontslag. Wanneer de verzekeringsnemer zijn premie niet betaald heeft op het einde van een kwartaal, zal hem automatisch een forfaitaire vergoeding van € 15 aangerekend worden, bij wijze van herinneringskosten.
De verzekeringsnemer die ontslagen is, zal opnieuw kunnen aansluiten (volgens de voorwaarden van een nieuwe aansluiting) voor zover hij alle verschuldigde premies betaald heeft. Hij zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op verstrekkingen.

9. SEGMENTERING HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN

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

9.1. Bij het begin van het contract:

9.1.1. De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een behandeling en een ziekenhuisopname toe en stijgt het bedrag van de terugbetalingen naarmate men ouder wordt. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de premie.
a) De toegang kan beperkt worden naargelang van het gekozen product. Er is geen leeftijdsgrens voor Hospitalia Smart. De leeftijdsgrens is 67 jaar inbegrepen voor de Waarborg 'Zware ziektes', bijkomend bij Hospitalia Smart.
b) Naargelang van het gekozen product kan de aansluiting na een bepaalde leeftijd aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie.
9.1.2. De gezondheidstoestand en vooral de aanwezigheid van een bestaande aandoening/toestand/ziekte, want het risico op een ziekenhuisopname/ambulante verzorging 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, behalve voor de toepassing van de vooraf bestaande toestand bij zwangerschap (zie 9.1.2):
- voor de vrouwelijke verzekerden die voorheen verzekerd waren door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van een ziekenfonds, geldt die beperking alleen wanneer de bevalling zich voordoet in de eerste 9 maanden, die de cumulatie zijn van de verzekeringsperiode bij de vorige VMOB én Hospitalia Smart, zonder onderbreking.
- wanneer de vrouwelijke verzekerde vooraf al een gelijkaardige verzekering bij een privéverzekeraar (individuele/collectieve) genoot, heeft die verzekerde in de eerste 9 maanden van aansluiting bij Hospitalia Smart recht op de terugbetalingen voor een bevalling, zij het met één beperking: als zij in een eenpersoonskamer verblijft, zullen de kamer- en ereloonsupplementen niet terugbetaald worden.
Dit onderscheid voor de Belgische ziekenfondsentiteiten gebeurt om de volgende redenen:
- het specifieke karakter van de ziekenfondsverzekeringen, namelijk het feit dat een wijziging van ziekenfonds de stopzetting van de verzekering met de overeenkomstige VMOB betekent, wat een flexibele behandeling rechtvaardigt van personen die voorheen bij een andere VMOB aangesloten waren, gezien het lage antiselectierisico in deze context.
- behoud van de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen (vrijheid om het ziekenfonds te kiezen).

9.2. Tijdens het contract:

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

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

De premie, de tariefvoorwaarden en de voorwaarden voor de dekking van de verstrekkingen worden bepaald door rekening te houden met de parameters die vervat zijn in het technische plan dat de verzekeraar samenstelt op basis van actuariële criteria en verzekeringstechnieken.
Onverminderd de wettelijke mogelijkheden voor de aanpassing van de premies en los van hun aanpassing aan de index op de consumptieprijzen, of de medische index verbonden respectievelijk aan de waarborg 'tweepersoonskamer of gemeenschappelijke kamer' voor Hospitalia Smart en aan de waarborg 'ambulante verzorging' voor de Waarborg 'Zware ziektes', 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 HOSPITALIA SMART

11.1. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in België

De tegemoetkoming is verschuldigd in geval van ziekenhuisopname in een erkende dienst. Het gaat hier om de volgende diensten:

17		pasgeborene gehospitaliseerd op de kamer bij de moeder op dienst M
18		pasgeborene gehospitaliseerd op N*(n) terwijl de moeder ook als patiënt aanwezig is in het ziekenhuis
19	(n)	afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
20	(B)	dienst voor behandeling van tuberculose
21	(C)	dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
22	(D)	dienst voor diagnose en medische behandeling
23	(E)	dienst voor kindergeneeskunde
24	(H)	dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
25	(L)	dienst voor besmettelijke ziekten
26	(M)	kraamdienst
27	(N)	dienst voor intensieve neonatale verzorging
29		eenheid voor de behandeling van patiënten met zware brandwonden
34	(K)	dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
35	(K1)	dagverpleging in dienst K
36	(K2)	nachtverpleging in dienst K
37	(A)	dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
38	(A1)	dagverpleging in dienst A
39	(A2)	nachtverpleging in dienst A
41	(T)	psychiatrische dienst (dag en nacht)
42	(T1)	dagverpleging in dienst T
43	(T2)	nachtverpleging in dienst T
48	(IB)	dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten
49	(I)	dienst intensieve verzorging en binnen de voorziene limieten:
30	(G)	dienst voor geriatrie en revalidatie
61 tot 66	(Sp)	gespecialiseerde diensten:
	61	hart- en longaandoeningen
	62	locomotorische aandoeningen
	63	neurologische aandoeningen
	64	chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorg nodig is
	65	chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorg nodig is
	66	psycho-geriatrische aandoeningen

1. In geval van volledige ziekenhuisopname in een gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer: integrale terugbetaling op basis van de patiëntenfactuur en de honorariumnota van de werkelijk gedragen kosten die vermeld staan in de punten 2.1 tot 2.10. hierna, behalve:
- protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die niet terugbetaald worden door de Verplichte Verzekering, tot een maximumbedrag van € 2.500 per ziekenhuisopname. Van dit grensbedrag van € 2.500 kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die 'evidence-based' zijn. Als

er € 10.000 of meer aan kosten ten laste blijft van de patiënt, dan zal hoogstens één keer per jaar een terugbetaling van € 5.000 toegekend kunnen worden.

- kosten in verband met het bed voor een begeleider van een naaste in een kamer van een gehospitaliseerde volwassene van 19 jaar of ouder, ten bedrage van maximaal € 30 per dag.

2. Bij een verblijf in een eenpersoonskamer: terugbetaling op basis van de patiëntenfactuur en de honorariumnota van:

2.1. het aangerekende kamersupplement tot een maximumbedrag van € 100 per dag;
2.2.1 de begeleidingskosten van vader of moeder in de kamer van zijn/haar opgenomen kind van minder dan 19 jaar, tot een maximumbedrag van € 60 per dag;
2.2.2 de kosten in verband met het bed voor een begeleider van een naaste in een kamer van een gehospitaliseerde volwassene van 19 jaar of ouder, ten bedrage van maximaal € 30 per dag.
2.3. de verblijfskosten van de donor die vrijwillig een orgaan afstaat, als die gift medisch noodzakelijk is, dit tijdens de ziekenhuisopname van de ontvanger;
2.4. de farmaceutische producten in het ziekenhuis die terugbetaald worden door de verplichte verzekering;
2.5. de farmaceutische producten in het ziekenhuis die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, tot een maximumbedrag van € 1.200 per opnamegeval. Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medische Adviseur, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die 'evidence-based' zijn. Als er € 2.500 of meer ten laste blijft van de patiënt, dan zal hoogstens één keer per jaar een terugbetaling van € 2.400 toegekend kunnen worden;
2.6. de persoonlijke aandelen, met inbegrip van het geneesmiddelenforfait - wettelijk ten laste van de rechthebbende - die vermeld staan in de kolom 'Persoonlijk aandeel patiënt' van de patiëntenfactuur en van de honorariumnota;
2.7. de ereloonsupplementen aan ten hoogste 100% van het overeenkomstentarief;
2.8. de protheses, implantaten, medische hulpmiddelen en andere leveringen:

- protheses, implantaten en de medische hulpmiddelen, die terugbetaald worden door de verplichte verzekering, beperkt tot een maximumbedrag van € 2.500 per opnamegeval;
- protheses, implantaten en medische hulpmiddelen die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering naar rata van 50% van het bedrag van de kosten, vermeld op de factuur, met een maximumbedrag van € 1.250 per opnamegeval voor zover het door het ziekenhuis aangerekende bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een prothese, een implantaat of een medisch hulpmiddel. In ernstige medische situaties kan de Medische Adviseur afwijken van dit plafond voor behandelingen die evidence-based zijn, op basis van het medische dossier van de verzekerde. Als er € 10.000 of meer ten laste blijft van de patiënt, dan zal hoogstens één keer per jaar een terugbetaling van € 2.500 toegekend kunnen worden;
- kosten die wettelijk ten laste van de verzekerde blijven voor de andere leveringen, beperkt tot 100% van het overeenkomstentarief.

2.9. de diverse kosten naar rata van maximaal € 6 per opnamedag, behalve de kosten voor telefoon, televisie, bloemen, ijskast en drank.
2.10. steunkousen en/of compressiemanchetten naar rata van 50% van het aangerekende bedrag.

3. In geval van ziekenhuisopname of daghospitalisatie in België terugbetaald door Hospitalia Smart, tegemoetkoming in de werkelijk gedragen kosten van het dringend vervoer (na oproep naar de dienst 100/112) naar het ziekenhuis, naar rata van maximum € 500 per kalenderjaar, na iedere andere tegemoetkoming. Als blijkt dat deze ziekenhuisopname en dit dringend vervoer binnen de 24 uur voorafgegaan werden door een ander dringend vervoer 100/112 naar een ander ziekenhuis of naar hetzelfde ziekenhuis waar de verzekerde niet opgenomen werd, biedt Hospitalia Smart eveneens een tegemoetkoming voor dit andere dringend vervoer volgens dezelfde voorwaarden.

4.Terugbetaling van de wettelijke voorschotten (zoals vastgelegd in de Nationale Overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen) die aan het ziekenhuis gestort worden, ten vroegste bij het begin van de betrokken ziekenhuisopname, op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis en op voorwaarde dat de verzekeringsnemer recht heeft op de voordelen van MLOZ Insurance zonder beperking wegens vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden. Als achteraf zou blijken dat de ziekenhuisopname niet gedekt kan worden of dat het bedrag van het voorschot hoger is dan de tegemoetkoming van MLOZ Insurance, of als de verzekeringsnemer zijn factuur niet voorlegt, dan zal het verschuldigde bedrag teruggevorderd worden.

De verzekeringsnemer zal een forfaitair bedrag van € 15 moeten betalen voor de herinneringskosten, als hij het opgeëiste te veel geïnde bedrag niet terugbetaalt.

Beperkingen in geval van opname in de diensten 30 (geriatrie) en 61 tot 66 (specialiteiten)

MLOZ Insurance kent een tegemoetkoming in de kosten toe overeenkomstig de hierboven beschreven algemene regels, ten hoogste tijdens de eerste 50 dagen bij een verblijf in een dienst G of Sp, per opnamegeval, zelfs bij een overgang van de ene dienst naar de andere.

Bij een nieuwe ziekenhuisopname in een dienst G of Sp kent MLOZ Insurance slechts een tegemoetkoming toe als er minimaal zes kalenderdagen verstreken zijn sinds het einde van de vorige ziekenhuisopname. Is deze termijn nog niet verstreken, dan kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe voor het saldo van 50 dagen waarvoor nog geen terugbetaling toegekend werd tijdens de vorige ziekenhuisopname.

Beperkingen in geval van opname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48

De tegemoetkoming in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 is beperkt tot 20 dagen per jaar.

11.2. Tegemoetkomingen voor de dagopnames in België

De terugbetaling is identiek aan de terugbetaling van de ziekenhuisopnames (punt 11.1).

11.3. Thuisbevalling in België

Tegemoetkoming naar rata van een eenmalig forfait van € 300 dat alle kosten moet dekken, met inbegrip van de verzorging vóór en na de bevalling (60 dagen vóór en 120 dagen erna).

11.4. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in het buitenland

De tegemoetkoming voor de dekking van de werkelijke kosten bedraagt maximaal € 200 per dag na de eventuele tegemoetkoming van de verplichte verzekering volgens het Belgische tarief of van het land waar de ziekenhuisopname gebeurd is. De tegemoetkomingen in het buitenland gelden ook voor studenten die, in het kader van hun studies, tijdelijk in het buitenland verblijven.
De duur van de tegemoetkoming is beperkt tot het aantal dagen per opname of per kalenderjaar in bepaalde diensten, zoals bij een ziekenhuisopname in België.
De dagopname (one-day clinic) wordt niet gedekt in het buitenland.
Voor de vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden wordt de tegemoetkoming enkel beperkt bij verblijven in een eenpersoonskamer. De aangerekende kamer- en honorariumsupplementen zijn dan uitgesloten.

11.5. Tegemoetkoming in verzorging vóór de ziekenhuisopname

De verzorging vóór het ziekenhuisverblijf moet verstrekt zijn in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname die volgt en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover MLOZ Insurance ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de opname in kwestie.

Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie.

De tegemoetkoming beoogt:

- de terugbetaling van 100% van het persoonlijk aandeel in de kosten van de in het kader van de ziekteverzekering vergoedbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen, die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 60 dagen voorafgaand aan de ziekenhuisopname in kwestie;
- de dekking van de remgelden, en van de wettelijke honorariumsupplementen beperkt tot 100% van het overeenkomstentarief, met betrekking tot de verzorging vóór de ziekenhuisopname.

Onder verzorging vóór een ziekenhuisverblijf verstaan we de raadplegingen en bezoeken, alsook de raadplegingen op afstand, van huisartsen en specialisten, de honoraria voor de dringende tenlasteneming in een erkende functie voor gespecialiseerde dringende verzorging, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, radio- en radiumtherapie, nucleaire geneeskunde, interne geneeskunde, dermato-venerologie, klinische biologie, urgentietoeslagen, anatomo-pathologie, vroedvrouwen, kinesitherapie, verpleegkundige verzorging met de volgende codes: 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, radio-isotopen, de psychologiesessies in de overeenkomst tussen het RIZIV en het netwerk voor geestelijke gezond-

heid voor volwassenen in verband met het creëren van een aanbod voor eerstelijns psychologische zorg, de teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, ambulant verleend gedurende de periode van 60 dagen voorafgaand aan de hospitalisatie en voor zover de verzorging die verstrekt werd in België, rechtstreeks verband houdt met de ziekenhuisopname die volgde.

Voor de codes in verband met psychologiesessies, teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, psychotherapie en kinder- en jeugdpsychiatrie is er enkel een tegemoetkoming in de 60 dagen vóór een ziekenhuisopname in een van de volgende diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48.

De terugbetaling van spalken voor een maximumbedrag van € 50 per ziekenhuisopname, wanneer ze voorgeschreven werden door een arts en ze binnen de 60 dagen voor of 120 dagen na de ziekenhuisopname werden afgeleverd, op voorwaarde dat ze rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.

Indien de periode van 60 dagen voorafgaand aan de ten laste genomen ziekenhuisopname samenvalt met een periode van nazorg, dan heeft de verzekerde recht op de gunstigste terugbetaling.

Uitsluiting: de verzorging vóór het verblijf in het ziekenhuis zal niet terugbetaald worden wanneer het gaat om een verblijf in diensten 61 tot 66 (specialiteiten), met uitzondering van de ambulante verzorging in de dienst spoedgevallen.

De verzorging vóór de ziekenhuisopname in verband met een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 dekt enkel de verstrekkingen die zijn opgenomen onder de beschrijving 'psychologiesessies, teleconsultatie en psychiatrie'.

11.6. Tegemoetkoming in verzorging na de ziekenhuisopname

11.6.1. Nazorg

De verzorging na de ziekenhuisopname moet verstrekt zijn in België en moet rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname die voorafging en die onder deze algemene voorwaarden valt voor zover MLOZ Insurance ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de opname in kwestie. Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie.

De tegemoetkoming van Hospitalia Smart beoogt:

- de terugbetaling van 100% van het persoonlijk aandeel in de kosten van de in het kader van de ziekteverzekering vergoedbare farmaceutische producten en magistrale bereidingen, die voorgeschreven zijn door een arts en afgeleverd worden in de 120 dagen volgend op de ziekenhuisopname in kwestie;
- de dekking van de remgelden, en van de wettelijke honorariumsupplementen beperkt tot 100% van het overeenkomstentarief, met betrekking tot de nazorg.

Onder nazorg dient men de raadplegingen en bezoeken, alsook de raadplegingen op afstand, van algemeen geneeskundigen en specialisten te verstaan, 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 urgentietoeslag, de anatomo-pathologie, de vroedvrouwen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorg, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie, de locomotorische revalidatie voor de volgende codes: 776156 - 776171 - 773791 - 773776 - 773872 - 773754 - 773673 - 773813 - 773614 - 773732, de psychologiesessies in de overeenkomst tussen het RIZIV en het netwerk voor geestelijke gezondheid voor volwassenen in verband met het creëren van een aanbod voor eerstelijns psychologische zorg, de teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, en de plaatsing van Bahaprocessor zoals omschreven in de nomenclatuur, die ambulant uitgevoerd werden binnen 120 dagen na de ziekenhuisopname en voor zover de verzorging verstrekt werd in België én rechtstreeks verband houdt met deze ziekenhuisopname.
De kinesitherapie-, fysiotherapie- en hartrevalidatiezittingen worden beperkt tot 20 voor het geheel van die 3 soorten van verstrekkingen en moeten plaatsvinden binnen 120 dagen na de periode van ziekenhuisopname.

De terugbetaling van de Bahaprocessor is ondergeschikt gemaakt aan de voorwaarde dat er een eerste Baha-elektrode geplaatst moet zijn en terugbetaald moet zijn door MLOZ Insurance tijdens een ziekenhuis- of dagopname.

Voor de codes in verband met psychologiesessies, teleconsultatie door een psychiater/neuropsychiater, psychotherapie en kinder- en jeugdpsychiatrie is er enkel een tegemoetkoming in de 120 dagen na een ziekenhuisopname in een van de volgende diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48.

De terugbetaling van spalken voor een maximumbedrag van € 50 per ziekenhuisopname, wanneer ze voorgeschreven werden door een arts en ze binnen de 60 dagen voor of de 120 dagen na de ziekenhuisopname werden afgeleverd, op voorwaarde dat ze rechtstreeks verband houden met de ziekenhuisopname.

Uitsluitingen: de nazorg wordt niet terugbetaald na een verblijf in diensten 61 tot 66 (specialiteiten).

De verzorging na een ziekenhuisopname in verband met een ziekenhuisopname in de diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 en 48 dekt enkel de verstrekkingen die zijn opgenomen onder de beschrijving 'psychologiesessies, teleconsultatie en psychiatrie'.

11.6.2. Verblijven na de ziekenhuisopname
Een forfait van € 7,50 per dag wordt toegekend voor elk tijdelijk verblijf in een herstelhotel of zorghotel.
De tegemoetkoming wordt toegekend voor zover het verblijf aangevat werd binnen 14 dagen na het verlaten van het ziekenhuis. Ze blijft beperkt tot 15 dagen per kalenderjaar.

12. HULPVERLENING IN BELGIE

MLOZ Insurance biedt de onderstaande hulpverlening aan de verzekeringsnemers Hospitalia Smart die recht hebben op de tegemoetkoming van MLOZ Insurance in het kader van een ziekenhuis- of dagopname in België, op voorwaarde dat zij hun wachttijd beëindigd hebben.

12.1. Ziekenoppas na dagopname

MLOZ Insurance organiseert binnen 24 uur (én bekostigt) de oppas voor een alleenstaande verzekeringsnemer die opgenomen werd in one-day clinic, tussen 19 uur en 8 uur van de nacht die onmiddellijk volgt op die dagopname, gedurende maximaal 12 uur.

Om in aanmerking te komen voor die dienst, moet de alleenstaande verzekeringsnemer:

- aan de ziekenoppas een medisch attest bezorgen van de arts die de dagopname verzorgd heeft, waarin staat dat die dagopname plaatsgevonden heeft en dat er een oppas nodig is, zonder verpleegkundige verzorging;
- over een telefoon beschikken.

12.2. Thuisoppas voor kinderen

MLOZ Insurance organiseert binnen 24 uur (én bekostigt) de oppas voor de kinderen van de verzekeringsnemer die tussen 3 maanden en 14 jaar oud zijn in de volgende situaties:

Als de verzekeringsnemer voor meer dan twee dagen in het ziekenhuis opgenomen wordt na een ongeval of een plotse en onverwachte ziekte, komt MLOZ Insurance tussen in de oppas van zijn (haar) kinderen als er niemand anders voor de kinderen kan zorgen.

Deze tussenkomst wordt toegekend voor maximaal 5 werkdagen, van maandag tot zaterdag, tussen 8 uur en 19 uur, en tot maximaal 10 uur per dag, terwijl de echtgeno(o)t(e) zijn(haar) beroepsactiviteit uitoefent.

1) Wanneer de bevalling terugbetaald wordt door MLOZ Insurance, komt MLOZ Insurance tegemoet in de oppas van de kinderen gedurende ten hoogste 3 werkdagen tijdens het verblijf van de moeder in het ziekenhuis of onmiddellijk na een kort verblijf (ten hoogste twee nachten) van de moeder in het ziekenhuis, van maandag tot zaterdag, tot maximaal 10 uur per dag, terwijl de vader zijn beroepsbezigheid uitoefent.

2) Als de thuisbevalling terugbetaald wordt door MLOZ Insurance, kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe onder dezelfde voorwaarden gedurende ten hoogste 3 werkdagen die onmiddellijk volgen op de thuisbevalling van de moeder en de dag van de thuisbevalling.

Het is de bedoeling van deze oppas om een aandachtige aanwezigheid te verzekeren bij ten hoogste 3 kinderen en om de taken uit te voeren die normaal verzekerd worden door de moeder of de vader van het gezin, met uitsluiting van het huishoudelijk werk en van het vervoer van en naar de school en de woonplaats.

Het volstaat hiertoe te bellen naar de hulpverleningscentrale van MLOZ Insurance, die 24 uur op 24 toegankelijk vanaf april 2020 is tel. 02 560 47 86.

13. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

13.1. Geen grensbedrag per jaar

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

De Medische Adviseur van MLOZ Insurance kan, op basis van de medische vragenlijst, bij de aansluiting aan de verzekeringsnemer meedelen dat de tegemoetkoming beperkt is voor de ziekenhuis- en dagopna-

mes die rechtstreeks verband houden met de vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden (zoals zwangerschap): geen terugbetaling van de aangerekende kamer- en honorariumsupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer. Deze beperking geldt niet voor de opname in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepersoonskamer.

Tijdens de eerste 24 maanden aansluiting bij het product zal de Medische Adviseur kunnen beslissen om deze beperking toe te passen (uitsluiting van supplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer) 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.

Het begrip 'vooraf bestaande toestand die verband houdt met een zwangerschap' zal als volgt toegepast worden:

- voor bevallingen tijdens de eerste drie maanden van de aansluiting is er geen terugbetaling. De opnamekosten worden echter wel terugbetaald, met uitsluiting van de aangerekende kamersupplementen en honorariumsupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer en als er op het moment van de bevalling een afwijking op de wachttijd was;
- voor bevallingen die plaatsvinden tussen de 4de en de 9de aansluitingsmaand bij de hospitalisatiedienst, worden de opnamekosten terugbetaald, met uitsluiting van de aangerekende kamersupplementen en honorariumsupplementen bij een verblijf in een eenpersoonskamer.

Het begrip 'vooraf bestaande toestand die verband houdt met een zwangerschap' zal niet toegepast worden:

- voor bevallingen die plaatsvinden vanaf de 10e maand aansluiting;
- voor bevallingen van verzekerden die eerder gedekt waren door een gelijkaardige mutualistische hospitalisatiedienst of door een mutualistische hospitalisatiedienst die een voordeligere dekking aanbiedt.

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.

13.3. Verstrekkingen die niet gedekt worden door Hospitalia Smart

MLOZ Insurance verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor toiletartikelen, cosmetica, voeding, wijnen, mineraalwaters, luxe-uitgaven (telefoon, televisie, bloemen, ijskast ...), behalve in het kader van de opnames in België in een gemeenschappelijke en een tweepersoonskamer. Telefoontjes naar betaalnummers blijven evenwel uitgesloten. Hospitalia Smart kent echter geen tegemoetkoming toe in de kosten voor telefoon, televisie, bloemen, ijskast en drank die gefactureerd worden in het kader van een ziekenhuisopname van minstens één nacht;
- voor medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen van esthetische aard zijn, en/of refractieve chirurgie zijn, en/of die niet medisch noodzakelijk zijn en aan de btw onderworpen kosten;
- voor tandimplantaten en tandprotheses en alle verstrekkingen die daarmee samenhangen;
- 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;
- voor de kosten die gepaard gaan met experimentele behandelingen en geneesmiddelen en/of behandelingen en geneesmiddelen die niet 'evidence-based' zijn, die geen wetenschappelijke basis hebben;
- voor de kosten waarvan de facturering onwettig is/niet toegestaan is volgens de Belgische wetgeving;
- voor de kosten die gepaard gaan met medische behandelingen die met opzet gebeuren in het buitenland en waarvoor de adviserend arts van de Verplichte Verzekering geen toestemming gegeven heeft.

14. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

14.1. 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 03 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 verzekeringsinstellingen.

De gedekte supplementen worden dus bepaald in verwijzing naar deze tegemoetkomingen. Heeft de verzekerde 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 verzekerde die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.
Opdat MLOZ Insurance tegemoetkomingen zou kunnen toekennen, is het absoluut noodzakelijk dat tijdens de ziekenhuisopname, minstens één medische verstrekking voorkomt op de lijst van de door Hospitalia Smart terugbetaalbare verstrekkingen, en terugbetaald wordt in de verplichte verzekering.
Van deze laatste voorwaarde wordt afgeweken als de verzekeringsnemer om de een of andere reden niet het recht heeft om een beroep te doen op een of meer van bovenvermelde tegemoetkomingen. In dat geval komt MLOZ Insurance tussen op dezelfde wijze als voor een verzekerde die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

14.2. 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 verzekerde kan en mag geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaande toestemming van MLOZ Insurance.

15. TEGEMOETKOMINGEN

15.1. 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.

15.2. 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.

15.3. Betaling van de voordelen

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

Om de voordelen van Hospitalia Smart te bekomen, vult de verzekerde een document 'Tegemoetkomingsaanvraag' in dat uitgereikt wordt door MLOZ Insurance, en bezorgt hij alle bewijsstukken van zijn uitgaven (waaronder de originele hospitalisatiefacturen) aan MLOZ Insurance.
Onder bewijsstuk met betrekking tot de hospitalisatiekosten verstaat men het origineel van de patiëntenfactuur en eventueel van de honorariumnota of de factuur die het ziekenhuis of de verzekerde gescand heeft, of de factuur die op een andere duurzame drager bezorgd werd.
Om aanspraak te kunnen maken op de verzorging vóór de ziekenhuisopname, de nazorg en de Waarborg 'Zware ziektes' overhandigt de verzekeringsnemer alle originele facturen of een kopie ervan, samen met een afrekening van de terugbetaling van de getuigschriften voor verstrekte hulp, afkomstig van het ziekenfonds, of een kopie ervan.
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.
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.

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.

16. 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.