

Algemene voorwaarden Hospitalia Ambulant

op 1 januari 2018

Algemene voorwaarden van de VMOB, gestemd door de Raad van Bestuur van 28 september 2017
en door de Buitengewone Algemene Vergadering van 27 oktober 2017

MLOZ Insurance is de verzekeringsmaatschappij van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (OZ - Omnimit - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen - Sterrekundelaan 1, 1210 Brussel. Hoofdzetel: **Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel** - België (RPR Brussel) - www.mloz.be - Ondernemingsnummer: 422.189.629 - 07/11/2017



1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJS-TAND 'MLOZ Insurance' is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Sterrekundelaan 1, 1210 Brussel, door een beslissing van 24 juni 2013 voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het KB van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, alsook voor de dekking, in bijkomende orde, van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van de bijlage 1 van bovenvermeld KB onder het CDZ-code-nummer 750/01.

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

1.3. Afdelingen: de afdelingen van de VMOB zijn de tussenpersonen die de verzekeringsproducten aanbieden: 501: OZ (www.oz.be) - 506: Omnimit (www.omnimit.be) - 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

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

1.5. Farmaceutische producten: 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.

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

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

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

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

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

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

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

2. AANVAARDING

Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Hospitalia Ambulant, kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij aansluiten of aangesloten zijn in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten bij een van de hierboven opgesomde 4 afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: OZ, Partena, Omnimit, Partenamut).

Deze personen dienen hun personen ten laste aan te sluiten zoals voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, behalve als hun echtgeno(o)t(e) of samenwonende of hun kinderen al gedekt worden door een gelijkaardige verzekering van het type 'werkelijke kosten'.

Het ontslag of de schrapping van een verzekerde geeft impliciet aanleiding tot de uitschrijving van alle personen die verplicht waren om aan te sluiten. De leeftijds grens voor de aansluiting is vastgesteld op 64 jaar voor Hospitalia Ambulant.

3. HET SLUITEN EN EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

3.1. Het sluiten van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract bestaat uit de aanvaardingsbrief (met of zonder beperking) 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 de VMOB de correct ingevulde 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' en 'Medische vragenlijst' ontvangen heeft (de interne datering of de scanning hebben bewijskracht), voor zover de VMOB de eerste bijdrage ontvangen heeft voor elke verzekerde, uiterlijk de laatste dag van de 3de maand die volgt op de aansluitingsdatum.

De aansluiting van een pasgeborene of van een adoptiekind jonger dan drie jaar dat niet vrijgesteld is van wachtijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, op voorwaarde dat de VMOB 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 bijdrage door de VMOB geïnd wordt uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.

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

Mocht de medisch adviseur, op basis van de medische vragenlijst, bijkomende inlichtingen vragen vooraleer hij zich kan uitspreken over de aansluitingsaanvraag, dan beschikt de verzekeringnemer over 45 dagen om hieraan een gevolg te geven.

Als deze termijn niet nageleefd wordt of als er geen bijkomende informatie ontvangen werd, begint de aansluiting automatisch te lopen volgens de hierboven bepaalde regels met een beperking van de tegemoetkoming voor de vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand die vermeld staat op de medische vragenlijst.

De beslissing tot aanvaarding, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, wordt per brief medegedeeld aan de kandidaat-verzekeringnemer. De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste bijdrage, de datum van de aanvaarding van de aansluiting en van de inwerkingtreding van die aansluiting, de duur van de wachtijd, 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 verzekeringnemer, 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, de overhandiging van het deurwaarders-exploot of van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, gericht aan de VMOB zelf of aan een van de hierboven beoogde afdelingen. Deze opzegtermijn van 1 maand is evenwel niet vereist/wordt niet geëist als men van

- ambulante dekking verandert binnen MLOZ Insurance;
- in geval van fraude of poging tot fraude;
- wanneer er vrijwillig schade zou zijn berokkend aan de belangen van de VMOB en meer bepaald in geval van opzettelijk verzwigen 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;
- in geval van opzegging door de verzekeraar, bij niet-betaling van de bijdragen;
- bij uitsluiting uit de aanvullende diensten van de ziekenfondsen;
- bij een mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- bij overlijden;
- in geval van nietigheid.

4. BEGIN, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.1. Begin van de verzekeringswaarborg

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

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van zes maanden

Vooraleer men de tegemoetkomingen van de VMOB kan genieten, dient men een wachttijd van zes maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitingsdatum. De VMOB kent geen tegemoetkoming toe voor ambulante verzorging, die begonnen is tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels:

- Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of adoptiekinderen
Voor zover een van de ouders aangesloten is bij de VMOB 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 bijdrage op uiterlijk de laatste dag van de zesde maand die volgt op de aansluitingsdatum. De eerste bijdrage zal pas verschuldigd zijn vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de geboorte of adoptie. Dit geldt enkel als de gerechtigde in de verplichte verzekering van het kind zijn wachttijd beëindigd heeft.
- Schorsing in geval van gevangenschap
In geval van gevangenschap en op verzoek van de verzekeringsnemer kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekeringsnemer om een einde te maken aan deze periode van schorsing, en op voorwaarde dat hij zijn aanvraag indient binnen negentig dagen na het einde van de reden van schorsing en dat hij zijn bijdrage betaalt binnen vijftien dagen na het verzoek tot betaling door de VMOB.
- Afwijking van de wachttijd bij ongeval
De VMOB verstrekt een tegemoetkoming voor alle ambulante verzorging als gevolg van een ongeval dat geleid heeft tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van dit document, op voorwaarde dat het ongeval na de aansluitingsdatum valt. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstige advies van de Medisch Adviseur van de VMOB.
- Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige ambulante verzekeringen
De VMOB verstrekt een tegemoetkoming voor de nieuwe verzekeringsnemers die op basis van afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij de VMOB sinds zes maanden gedekt waren door een gelijkaardige verzekering ambulante verzorging.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

Worden niet gedekt, de kosten van 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 vijandelikheden 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 misdrijf;
- 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. Het opzettelijke risico spruit voort uit 'vrijwillig en bewust' gedrag van de verzekerde dat 'redelijkerwijze voorzienbare' schade veroorzaakt heeft. Het is evenwel niet vereist dat de verzekerde ook de bedoeling had de schade zoals die gebeurde, te berokkenen;

- 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

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

De onkostennota's moeten ingediend worden binnen de 3 jaar na de datum van de realisatie van het risico dat gedekt wordt door de waarborg. Als die termijn eenmaal verstreken is, is er sprake van verjaring.

De verzekeringsprestaties worden geregeld met de rechthebbende in het verzekeringscontract.

Als de verzekeringsnemer aanspraak kan maken op een schadevergoeding, treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekeringsnemer tot de reikwijdte van zijn prestaties.

De overeenkomsten die de verzekeringsnemer gesloten heeft met derden over rechten die bestaan krachtens het verzekeringscontract of die ontstaan in uitvoering van het verzekeringscontract, zijn pas tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop deze laatste die rechten goedgekeurd heeft.

6. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGSNEMER

De verzekeringsnemer is verplicht om:

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

Maandbedragen in € op 01/01/2018, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Aangesloten bij het product Hospitalia Ambulant (taks 9,25% 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	8,10	van 46 tot 49 jaar	17,91
van 18 tot 24 jaar	8,33	van 50 tot 59 jaar	25,78
van 25 tot 49 jaar	17,07	60 jaar en ouder	40,53
van 50 tot 59 jaar	24,56		
60 jaar en ouder	38,60		
Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar*		Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar*	
49 jaar**	18,77	van 55 tot 59 jaar	36,84
van 50 tot 59 jaar	27,02	60 jaar en ouder	57,90
60 jaar en ouder	42,45		
Na 01/01/1994, op de leeftijd van 60 jaar en ouder*			
59 jaar**	41,75		
60 tot 64 jaar	65,62		

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

Een verhoging van de bijdrage van respectievelijk 5, 10, 50 en 70 % wordt berekend op de basistarieven voor de verzekeringnemers die, op de datum van de aansluiting bij HOSPITALIA AMBULANT, respectievelijk tussen 46 en 49 jaar, tussen 50 en 54 jaar, tussen 55 en 59 jaar, of 60 jaar en ouder zijn.

8. REGELS ROND DE BETALING VAN DE BIJDAGEN

De verzekeringnemer is de bijdrage verschuldigd op de vervaldatum, volgens de overeengekomen periodiciteit (per kwartaal, halfjaarlijks of jaarlijks).

De bijdrage is op voorhand opeisbaar en moet vooruitbetaald worden. Ze wordt verstuurd naar het laatst gekende adres van de verzekeringnemer.

Wordt als een vooruitbetaling beschouwd, iedere bijdrage die de VMOB ontvangt vóór de 1ste 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 verzekeringnemer die zijn bijdrage niet betaald heeft vóór de eerste dag van het kwartaal, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven, waarin hij gesommeerd wordt tot de betaling van de bijdrage binnen de 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op die van de deponering van het aangetekende schrijven bij de post. Deze aanmaning brengt hem op de hoogte van de schorsing van de waarborg in geval van niet-betaling binnen bovenvermelde termijn. Zij vormt het vertrekpunt van de termijn van 45 dagen, waarna van rechtswege wordt overgegaan tot het ontslag. Wanneer de verzekeringnemer zijn bijdrage niet betaald heeft op het einde van een kwartaal, dan zal hem automatisch een forfaitaire vergoeding van € 15 aangerekend worden, bij wijze van rappelkosten.

De verzekeringnemer die ontslagen is, zal opnieuw kunnen aansluiten voor zover hij alle verschuldigde bijdragen betaald heeft. Hij zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op verstrekkingen.

9. SEGMENTERING

Als iemand aansluit bij een verzekeringcontract, dan passen de verzekeringsmaatschappijen segmenteringscriteria toe die een invloed hebben op zowel de toegang tot het verzekeringproduct als de bepaling van de bijdragen en de draagwijdte van de waarborg. Deze criteria zijn afhankelijk van het type product. De volgende criteria zouden in overweging genomen kunnen worden voor Hospitalia Ambulant:

Bij het begin van het contract:

- De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op ziekte en een ziekenhuisopname toe, naarmate men ouder wordt. De leeftijd van de verzekerde kan een impact hebben op de frequentie van de schadegevallen en/of op het uitgegeven bedrag. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de bijdrage. In dit verband is een beperking mogelijk, naargelang het gekozen product: de leeftijdsgrens voor Hospitalia Ambulant is 64 jaar.
- Naargelang het gekozen product, kan de aansluiting na een bepaalde leeftijd aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie, want de leeftijd van de verzekerde kan een impact hebben op de frequentie van de schadegevallen en/of op het bedrag van de uitgaven.
- de gezondheidstoestand en vooral de aanwezigheid van een bestaande aandoening/toestand/ziekte, want het risico op een ziekenhuisopname/ambulante verzorging kan hierdoor stijgen.
- de gezondheidstoestand van de verzekerde op het ogenblik van de aansluiting kan een impact hebben op de frequentie van de schadegevallen én 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.

Onze VMOB maakt, qua aanvaarding, tarifiering en/of de draagwijdte van de dekking geen onderscheid naargelang de aard van de verzekering (een commerciële verzekering of een verzekering bij een ziekenfonds) die de kandidaat-verzekeringnemer genoot voor zijn (haar) aansluiting bij onze VMOB.

Tijdens het contract:

De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een ziekte of een ziekenhuisopname toe naarmate men ouder wordt. Dit criterium kan een impact hebben op het aantal schadegevallen en/of het uitgegeven bedrag. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de bijdrage.

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

De bijdrage, 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 bijdragen, worden de indexvoet van april van het lopende jaar en de indexvoet van april van het vorige jaar elk jaar met elkaar vergeleken. De schommeling van de index wordt uitgedrukt in een percentage en kan toegepast worden op de bijdrage en op de prestaties die golden vóór de indexaanpassing.

De bijdragen worden evenwel verhoogd in functie van de toepasbare belastingen op dat vlak.

11. TERUGBETALINGEN VAN HOSPITALIA AMBULANT IN BELGIË

Buiten een periode van hospitalisatie of daghospitalisatie en indien de prestaties of producten voorgeschreven en verstrekt zijn in België.

11.1. Medische honoraria - Raadplegingen - Bezoeken - Technische verstrekkingen

De VMOB betaalt terug: de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten, de technisch-medische handelingen, de medische beeldvorming, de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde, de inwendige geneeskunde, de dermatovenereologie, de fysiotherapie, de klinische biologie, de urgentietoets, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoestiek, de anatomo-pathologie, de genetica, de vroedvrouwen, de speciale verstrekkingen, de tandartsen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie, indien er een tegemoetkoming is van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dit tot een bedrag dat gelijk is aan 50% van het remgeld.

De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de medische codes van de officiële nomenclatuur, die de zorgverstrekkers moeten aanbrengen op de aan de patiënten afgeleverde getuigschriften.

In te dienen bewijsstukken

Aan de verzekeringnemers die aangesloten zijn bij dezelfde afdeling in de verplichte verzekering als voor de VMOB, worden de tegemoetkomingen van deze laatste vereffend, na voorlegging van de getuigschriften voor verstrekte hulp, tegelijkertijd met de tegemoetkomingen toegekend in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor de andere verzekeringnemers worden de tegemoetkomingen betaald op basis van een fotokopie van de getuigschriften voor verstrekte hulp, vergezeld van een origineel bewijsstuk van de terugbetaling door de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

11.2. Kosten van geneesmiddelen buiten een periode van hospitalisatie

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

Worden nooit terugbetaald door de VMOB:

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

In te dienen bewijsstukken

Overhandiging aan de VMOB van een "attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering (BVAC)" van de apotheker, naar behoren ingevuld door de apotheker en mede ondertekend door de verzekeringnemer of van een ambulante factuur van het ziekenhuis.

11.3. Protheses

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

11.3.1. Tandprotheses afgeleverd buiten een periode van hospitalisatie

De protheses worden binnen de volgende limieten terugbetaald:

a) Volledige prothese

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

b) Gedeeltelijke prothese

- per tand: € 25 max;
- per basisplaat: € 50 max;
- per haak: € 20 max.

De tegemoetkoming van de VMOB wordt beperkt tot € 250 per kalenderjaar.

c) Andere tandprotheses

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

11.3.2. Oogprotheses

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

11.3.3. Andere

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

Bewijsstukken die ingediend moeten worden voor de protheses

Overhandiging aan de VMOB van een Hospitaliaformulier dat de titel 'Protheses - tegemoetkomingsaanvraag' draagt. Dit formulier moet naar beho-

ren ingevuld worden door de zorgverlener en moet medeondertekend zijn door de verzekeringnemer. Voor de oogprothesen: de originele factuur van de opticien ook bijvoegen.

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

11.4. Cumulatie van terugbetalingen

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

12. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

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

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

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

Deze beperking is vastgelegd voor minimaal 5 jaar, na afloop waarvan de verzekeringnemer desgewenst kan vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch dossier.

2. Verstrekkingen die niet gedekt worden door HOSPITALIA

De VMOB verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor de medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen die van esthetische aard zijn, en/of die niet noodzakelijk zijn om te genezen;
- voor verstrekkingen van het type 'verjongingskuur';
- voor de verstrekkingen ten gunste van een verzekerde die weigert om het bezoek te krijgen van een door de VMOB aangewezen arts, verpleegster of maatschappelijk werk(st)er.

13. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

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

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

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

13.2. Wanneer de krachtens een andere wetgeving, het gemeenrecht of een ander verzekeringcontract toegekende sommen lager zijn dan de door de VMOB 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 de VMOB 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 de VMOB voorlopig verstrekkingen toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding. De VMOB zal in dit geval in alle rechten treden die de verzekerde kan uitoefenen ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding.

De verzekeringnemer mag geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaandelijke toestemming van de VMOB.

14. TEGEMOETKOMINGEN

14.1. Verjaring

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

14.2. Medische controle

De verstrekkingen worden slechts toegekend onder voorbehoud van het recht van de VMOB om de gezondheidstoestand van de verzekerde en

de gegrondheid van de verstrekkingen op elk ogenblik door de medisch adviseur te laten controleren.

14.3. Betaling van de voordelen

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

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.

Om aanspraak te kunnen maken op de in HOSPITALIA AMBULANT opgenomen voordelen, zal de verzekeringnemer de bewijsstukken indienen, die beschreven staan in de rubriek 'Terugbetalingen van HOSPITALIA AMBULANT'. De terugbetalingen zullen toegekend worden aan de effectieve verzekerden of aan iedere persoon met een volmacht volgens de 'Aanvraag voor een tegemoetkoming', na de ontvangst van de nota over de aangegane kosten en van de afrekening voor de wettelijke tegemoetkomingen.

15. VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De verzekeringnemer verklaart:

- dat hij aan de VMOB de toestemming geeft om persoonlijke en medische gegevens en inlichtingen te verzamelen en te verwerken. Medische gegevens worden verzameld en verwerkt onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een professional uit de gezondheidszorg die verbonden is met de VMOB.
- dat hij de VMOB de toestemming geeft om medische gegevens te gebruiken voor het sluiten, beheren en uitvoeren van het verzekeringcontract.

De verzekeraar verklaart dat de persoonlijke en medische gegevens en inlichtingen enkel verzameld, verwerkt en gebruikt worden voor de verwezenlijking van die doelstellingen, en dat de verzamelde gegevens en informatie passend, relevant en niet overdreven zijn, zoals het hoort in het licht van die doelstellingen.

16. COMMUNICATIEWIJZE EN TALEN

De VMOB communiceert met de verzekerden via verschillende kanalen:

- per brief en per e-mail op info@hospitalia.be
- per telefoon op 02 778 92 11
- via uw afdeling; om de gegevens van het dichtstbijzijnde agentschap te kennen: 501: OZ (www.oz.be) - 506: Omnimut (www.omnimut.be) - 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekten-fonds.be)

Communicatietaal

Alle communicatie verloopt in het Nederlands, Frans, Engels of Duits, volgens de keuze van de verzekeringnemer.

Al onze documenten zijn beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels of Duits.

17. KLACHTEN

De bepalingen van de Belgische wetgeving zijn van toepassing op al wat niet uitdrukkelijk vermeld staat in het verzekeringcontract.

Elke klacht over het verzekeringcontract kan gericht worden:

- ofwel aan de afdeling waarvan de verzekeringnemer afhangt
- ofwel per e-mail aan complaints@mloz.be
- ofwel per telefoon MLOZ: 02 778 92 11

Als u een klacht zou hebben over onze dienstverlening waarover we het niet eens konden worden, kunt u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen, waarvan de zetel gevestigd is op de de Meeùssquare 35 te 1000 Brussel - Tel. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75

info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

18. BELEID QUA BELANGENCONFLICTEN

Conform de wetgeving heeft de VMOB 'MLOZ Insurance' een 'Beleid qua belangenconflicten' (www.hospitalia.be).

De VMOB wil belangenconflicten vermijden, met name belangenconflicten die de belangen van een of meer klanten kunnen schaden doordat ze tegengesteld zijn aan de belangen van een van haar agenten, van andere klanten, van de VMOB zelf of van een medewerker van de VMOB of haar afdelingen. Om te beantwoorden aan haar verplichtingen heeft de VMOB een algemeen kader uitgewerkt dat beschrijft op welke manier ze belangenconflicten aanpakt, namelijk door:

- potentiële belangenconflicten te identificeren
- beheermaatregelen te treffen voor belangenconflicten die al ontstaan zijn of die nog kunnen ontstaan
- haar klanten te informeren
- haar medewerkers op te leiden
- een register van belangenconflicten bij te houden
- dit beleid in werking te stellen en regelmatig te evalueren.

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