

Algemene voorwaarden Hospitalia Plus

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 - Omnimut - 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. - 16/11/2017



Hospitalia Plus betekent de cumulatie van de producten Hospitalia en Hospitalia Plus

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, 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 Koninklijk Besluit 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 Koninklijk Besluit, onder het CDZ-codenummer 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: Omnimut (www.omnimut.be) - 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

1.4. Hospitalisatie: elk verblijf van ten minste één nacht en de daghospitalisatie, in een verpleeginstelling, d.w.z. een als zodanig door het Ministerie van Volksgezondheid erkende instelling, waar er gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnosemiddelen en therapeutische middelen.

1.5. Daghospitalisatie:

De verblijven van één dag ziekenhuisopname zonder overnachting, meer bepaald:

- Niet-chirurgische daghospitalisatie: wordt aangerekend voor één van de volgende verstrekkingen: verstrekking 'dringende verzorging of intraveneuze infusie' (= miniforfait tot 31/12/2013), maxiforfait, dagziekenhuisforfaits (groepen 1 tot en met 7), forfait 'chronische pijn', forfait 'gipskamer' en forfait 'manipuleren van een poortkatheter';
- chirurgisch dagziekenhuis: verstrekkingen uit lijst A, die bijgevoegd is aan het KB van 25/04/2002.

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

1.7. Farmaceutische producten: elke farmaceutische specialiteit die bij het Ministerie van Volksgezondheid is ingeschreven krachtens artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 en van het K.B. van 3 juli 1969, gewijzigd door latere besluiten.

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

1.9. 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.

1.10. Ongeval: een plots gebeurtenis die zich buiten de wil van de verzekerde persoon voordoet en een lichamelijk letsel veroorzaakt waarvan de oorzaak of één 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.

1.11. Hospitalisatienota en honorariumnota: de stukken, zoals deze bepaald zijn in bijlage 37 en bijlage 37 bis 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.

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

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

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

1.15. Medische vragenlijst: het document dat de Medisch Adviseur van de VMOB 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.

1.16. 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 een ziekenhuisopname veroorzaakt.

2. AANVAARDING

Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Hospitalia Plus, 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 vijf afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: OZ, Partena, Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse).

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 leeftijdsgrens voor de aansluiting is vastgesteld op 65 jaar, behalve in geval van mutatie in de verplichte verzekering voor de personen die vooraf aangesloten waren en in orde waren met hun bijdragen bij een gelijkaardige hospitalisatiedienst van een andere Belgische mutualistische entiteit.

3. HET SLUITEN, DE DUUR EN HET 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 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 wachtijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, op voorwaarde dat de VMOB de aansluitingsaanvraag en de medische vragenlijst ontvangen heeft vóór het einde van de 3de maand die volgt op zijn geboorte of zijn adoptie, en dat de eerste bijdrage door de VMOB geïnd wordt uiterlijk de laatste dag van de 3de 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 3 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 verzekeringsnemer over 45 dagen om hieraan een gevolg te geven.

Wordt deze termijn niet nageleefd, dan begint de aansluiting, gezien het ontbreken van ontvangen bijkomende informatie, 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 tegemoet-

koming wordt per brief medegedeeld aan de kandidaat-verzekeringssnemer. 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 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:

- opzegging door de verzekeringssnemer, conform de voorwaarden uit de wet van 4 april 2014, middels een opzegtermijn van minimaal 1 maand, die begint te lopen op de 1ste dag van de maand die volgt op de verzending van de aangetekende brief, de overhandiging van het deurwaardersexploot 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 hospitalisatie dekking verandert binnen de VMOB;
- 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, bepaald in de aanvaardingsbrief, voor zover de wachttijden verstreken zijn.

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van 6 maanden

Vooraleer men de tegemoetkomingen van de VMOB kan genieten, dient men een wachttijd van 6 maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitingsdatum. De VMOB kent geen tegemoetkoming toe voor een ziekenhuisopname of voor ambulante verzorging, die een aanvang genomen heeft tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels:

- Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of geadopteerde kinderen
Indien één van de ouders aangesloten is bij de VMOB op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, dan is de pasgeborene gedekt vanaf zijn geboorte, net zoals het adoptiekind jonger dan drie jaar vanaf de adoptiedatum, zonder medische vragenlijst, op voorwaarde dat een kopie van de geboorteakte of adoptieakte ingediend wordt vóór het einde van de 3de maand die volgt op de geboorte of de adoptie en dat de eerste bijdrage uiterlijk geïnd wordt op de laatste dag van de 6de 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 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 verzekeringssnemer, kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de 1ste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekeringssnemer om een einde te maken aan deze periode van schorsing en op voorwaarde dat hij zijn aanvraag indient binnen de 90 dagen na het einde van de reden van schorsing en dat hij zijn bijdrage betaald heeft binnen de 15 dagen na het verzoek tot betaling door de VMOB.

- Afwijking van de wachttijd bij ongeval

De VMOB verstrekt een tegemoetkoming voor elke ziekenhuisopname en alle ambulante verzorging als gevolg van een ongeval dat traumatische letsels veroorzaakt heeft, waarvan de behandeling van dien aard is dat ze onder de bepalingen van dit document valt, op voorwaarde dat het ongeval zich pas voordoet na de aansluitingsdatum. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstig advies van de Medisch Adviseur van de VMOB.

- Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige hospitalisatieverzekeringen
De VMOB verstrekt een tegemoetkoming voor de nieuwe verzekeringssnemers, die op basis van afdoende bewijsstukken, kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij de VMOB sinds 6 maanden gedekt waren door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van het type 'vergoeding van schade', dit is een verzekering waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van de werkelijke kosten die vermeld staan op de hospitalisatiefactuur.

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 indien de verzekeringssnemer 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 verzekeringssnemer het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam;

- die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekeringssnemer 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 verzekeringssnemer. 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;
- 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 verzekeringssnemer werken samen met het oog op de bepaling van het recht op verstrekkingen, dat bepaald wordt aan de hand van de geleverde inlichtingen. De verzekeringssnemer 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 ongeschikt, niet relevant en overdreven blijkt te zijn in vergelijking met het onderzoek van het recht op verstrekkingen.

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

De overeenkomsten die de verzekeringssnemer 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 VERZEKERINGSSNEMER

De verzekeringssnemer 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 verzekeringssnemer 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 de producten Hospitalia en Hospitalia Plus (taks 10% en 19,25% inbegrepen) Een aansluiting bij Hospitalia Plus is enkel mogelijk als aanvulling op een aansluiting bij Hospitalia.			
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	5,94	van 46 tot 49 jaar	20,41
van 18 tot 24 jaar	7,48	van 50 tot 59 jaar	25,07
van 25 tot 49 jaar	19,44	60 jaar en ouder	44,89
van 50 tot 59 jaar	23,87		
60 jaar en ouder	42,77		

Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar*		Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar*	
49 jaar**	21,39	van 55 tot 59 jaar	35,81
van 50 tot 59 jaar	26,25	60 jaar en ouder	64,15
60 jaar en ouder	47,02		

Na 01/01/1994, op de leeftijd van 60 jaar en ouder*	
59 jaar**	40,58
60 tot 65 jaar	72,70

* 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 verzekeringsnemers die, op de datum van aansluiting bij Hospitalia Plus, respectievelijk 46 tot 49 jaar, 50 tot 54 jaar, 55 tot 59 jaar en 60 tot 65 jaar zijn.

8. REGELS ROND BETALING VAN DE BIJDAGEN

De verzekeringsnemer is de bijdrage verschuldigd op de vervaldatum, volgens de overeengekomen periodiciteit (per kwartaal, halfjaarlijks of jaarlijks). De bijdrage is opeisbaar en moet vooruitbetaald worden. Ze wordt verstuurd naar het laatst gekende adres van de verzekeringsnemer.

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 verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer 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 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 bijdragen en de draagwijdte van de waarborg.

Hieronder treft u een overzicht aan van de verschillende criteria die de VMOB MLOZ Insurance gebruikt in het kader van haar hospitalisatieverzekeringen.

Deze criteria zijn afhankelijk van het type product.

De volgende criteria zouden in overweging genomen kunnen worden:

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 Plus is 65 jaar. Er is geen leeftijdsgrens voor Hospitalia.
- 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 en 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-verzekeringsnemer genoot voor zijn (haar) aansluiting bij onze VMOB, behalve voor de toepassing van de vooraf bestaande toestand (zwangerschap).

Wanneer de vrouwelijke verzekerde vooraf al een gelijkaardige commerciële verzekering genoot, dan heeft die verzekerde in de eerste 9 maanden aansluiting bij Hospitalia, recht op de terugbetalingen voor een bevalling zij het met één beperking: als zij in een eenpersoonskamer verblijft dan zullen de kamer- en de ereloon-supplementen niet terugbetaald worden.

Voor de vrouwelijke verzekerden die voorheen verzekerd waren door een hospitalisatieverzekering van een ziekenfonds, geldt die beperking alleen wanneer de bevalling zich voordoet in de eerste 9 maanden die de cumu-

latie zijn van een eerste verzekeringsperiode bij de vorige verzekering én Hospitalia, zonder onderbreking.

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 BIJDRADE, 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. GECUMULEERDE TERUGBETALINGEN HOSPITALIA EN HOSPITALIA PLUS

11.1. Tegemoetkomingen voor hospitalisaties in België

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

- 19 (n) afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
 - 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 (K) eenheid voor de behandeling van patiënten met zware brandwonden
 - 34 (K) dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
 - 37 (A) dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
 - 41 (T) psychiatrische dienst (dag en nacht)
 - 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 polyopathieën waarvoor verlengde medische zorg nodig is
 - 66 psycho-geriatrische aandoeningen

1. In geval van volledige ziekenhuisopname in een **gemeenschappelijke of een tweepersoonskamer**: integrale terugbetaling van het bedrag van de ziekenhuisfactuur, behalve voor de 3 plafonds (zie 2.4, 2.5 en 2.8 hieronder).

2. Bij een verblijf in een **eenpersoonskamer**:

- 2.1. terugbetaling van de kamersupplementen tot maximaal € 125 per dag.
- 2.2. terugbetaling van de kosten van het verblijf van vader of moeder in de kamer van zijn/haar gehospitaliseerd kind, jonger dan 19 jaar.
- 2.3. terugbetaling van de farmaceutische producten in het ziekenhuis die terugbetaald worden door de verplichte verzekering.
- 2.4. de farmaceutische producten in het ziekenhuis die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, tot een maximumbedrag van € 1.200 per ziekenhuisopname. In ernstige medische situaties kan de Medisch Adviseur van de VMOB afwijken van dit plafond voor behandelingen die evidence-based zijn, op basis van het medische dossier van de verzekerde. 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.
- 2.5. de parafarmaceutische producten in het ziekenhuis tot een maximumbedrag van € 250 per ziekenhuisopname. Van dit grensbedrag kan afgeweken worden in zware medische situaties door de Medisch Adviseur, op basis van het medische dossier van de verzekerde voor de behandelingen die 'evidence-based' zijn. Als er € 5.000 of meer ten laste blijft van de patiënt, dan zal hoogstens één keer per jaar een terugbetaling van € 500 toegekend kunnen worden.

2.6. terugbetaling van de persoonlijke aandelen, met inbegrip van het geneesmiddelenforfait - wettelijk ten laste van de rechthebbende - vermeld in de kolom 'persoonlijk aandeel patiënt' van de hospitalisatienota en van de honorariumnota.

2.7. terugbetaling van de ereloon-supplementen aan ten hoogste 300% van het overeenkomstentarif.

2.8. terugbetaling van de protheses, implantaten, niet-implanteerbare medische hulpmiddelen en andere leveringen:

- Protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die terugbetaald worden door de verplichte verzekering, naar rata van de in werkelijkheid door het ziekenhuis aangerekende prijs, voor zover dit bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een implantaat, een prothese of een niet-implanteerbaar medisch hulp-

middel.

- Protheses, implantaten en niet-implanteerbare medische hulpmiddelen die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, naar rata van maximaal € 5.000 per opname, op basis van de in werkelijkheid door het ziekenhuis aangerekende prijs, voor zover dit bedrag geïdentificeerd kan worden als de prijs die aangerekend wordt voor een implantaat, een prothese of een niet-implanteerbaar medisch hulpmiddel.
In ernstige medische situaties kan de Medisch Adviseur van de VMOB bijstand 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 10.000 € toegekend kunnen worden.
 - Kosten die wettelijk ten laste van de patiënt blijven voor de andere leveringen, dit naar rata van 300% van het overeenkomsttarief. Voor de leveringen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming tegen het overeenkomsttarief, is er terugbetaling tot het bedrag van de aangerekende prijs.
- 2.9. terugbetaling van de diverse kosten naar rata van maximaal € 12 per hospitalisatiedag.
- 2.10. terugbetaling van de steun- en/of compressiekousen.
- 2.11. terugbetaling van de honoraria die niet terugbetaald worden door de verplichte verzekering, met een maximum van € 1.000 per geval van ziekenhuisopname.
- 2.12. terugbetaling van de kosten van robotchirurgie aan € 500 per kalenderjaar.
- 2.13. terugbetaling van in-vitrofertilisatie aan € 500 per kalenderjaar.
- 2.14. Er wordt een franchise van € 150 per ziekenhuisopname toegepast in geval van een verblijf van minstens een nacht in een eenpersoonskamer in een ziekenhuis dat ereloonsupplementen van meer dan 200% aanrekent in vergelijking met het overeenkomsttarief. Het bedrag van deze franchise van € 150 wordt afgetrokken van het totaal van de terugbetalingen.
- Er wordt geen franchise toegepast voor ziekenhuizen die zich in het kader van hun jaarlijkse verklaring ertoe verbinden, voor het volledige kalenderjaar volgend op de verklaring, geen ereloonsupplementen van meer dan 200% aan te rekenen.
- De lijst van de ziekenhuizen waarbij de franchise van toepassing is, zal een keer per jaar bijgewerkt worden, met toepassing op 1 januari.
- De nieuwe lijst zal van toepassing zijn voor alle schadegevallen waarvan het begin van het verblijf samenvalt of volgt op de datum van inwerkingtreding van de nieuwe lijst.

Lijst 2018 van de ziekenhuizen met ereloonsupplementen van meer dan 200%:

- C.H. EPICURA (RHMS) – Ath, Baudour, Hornu
- C.H.U DE TIVOLI - La Louvière
- JULES BORDET INSTITUUT - Brussel
- C.H.U. AMBROISE PARE - Mons
- C.M.P. LA RAMEE - Brussel
- CHIREC (Edith Cavell, Basiliëque, Parc Léopold, Ste-Anne/St-Remi, Braine l'Alleud-Waterloo en Delta) - Brussel en Braine l'Alleud
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosselies)
- KLINIEK SINT-JAN - Brussel
- EUROPA ZIEKENHUIZEN - Brussel
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC - Brussel
- U.V.C. BRUGMANN - Brussel
- ZIEKENHUIZEN IRIS ZUID
(Baron Lambert, Etterbeek-Elsene, Bracops en Molière) - Brussel
- CENTRE DE SANTE DES FAGNES - Chimay
- C.H.C / CLINIQUE SAINT-VINCENT - Liège (Rocourt)
- C.H.C / CLINIQUE SAINT-JOSEPH - Liège
- C.H.C / CLINIQUE DE L'ESPERANCE - Montegnée
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Hermalle/Argenteau
- C.H.C / CLINIQUE NOTRE-DAME - Waremmé
- C.H.C / CLINIQUE SAINTE-ELISABETH - Verviers (Heusy)

Deze lijst is raadpleegbaar via www.ziekenhuizenvrijstelling.be

3. Tegemoetkoming van € 7 per dag ten gunste van de verzekerden die verbleven hebben in een **opvangtehuis van een ziekenhuis of in een verzorgingshotel**, na de door de VMOB terugbetaalde ziekenhuisopname.
4. Tegemoetkoming in de **kraamzorg**, na de ziekenhuisopname, naar rata van € 20 per dag gedurende een maximumperiode van 7 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de dag van het vertrek uit het ziekenhuis.
5. In geval van ziekenhuisopname of daghospitalisatie, tegemoetkoming in de werkelijk gedragen kosten van het **dringend vervoer** (dienst 100/112) naar het ziekenhuis, naar rata van maximum € 500 per kalenderjaar, na iedere andere tegemoetkoming.
6. **Terugbetaling van de wettelijke voorschotten** die aan het ziekenhuis gestort worden, op voorlegging van een bewijsstuk van het ziekenhuis dat de betaling van een dergelijk voorschot attesteert en op voorwaarde dat de verzekeringsnemer recht heeft op de voordelen van de VMOB 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 de VMOB, of als de verzekeringsnemer zijn factuur niet voorlegt, dan zal het verschuldigde bedrag teruggevorderd worden.

Beperkingen in geval van opname in de diensten 34, 37 en 41

De tegemoetkoming in de diensten 34, 37 en 41 is beperkt tot 40 dagen per jaar.

11.2. Tegemoetkomingen voor de dagopnames in België

De terugbetaling is identiek aan de terugbetaling van opnames maar zonder franchise (punt 11.1), behalve voor de terugbetaling van verblijfskosten in een eenpersoonskamer, die beperkt is tot maximaal € 80 en maximaal 100% van het overeenkomsttarief voor honorariumsupplementen.

11.3. Thuisbevalling in België

Tegemoetkoming naar rata van een eenmalig forfait van € 700 dat alle kosten moet dekken, met inbegrip van de verzorging vóór en na de bevalling (30 dagen vóór en 90 dagen erna).

11.4. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in het buitenland

De tegemoetkoming voor de dekking van de werkelijke kosten bedraagt maximaal € 360 per dag na de 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. Waarborg zware ziektes

11.5.1. Tegemoetkomingen

Tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verzorging die toegediend wordt buiten een ziekenhuisverblijf voor de volgende zware ziektes (31): *kanker, leukemie, ziekte van Parkinson, ziekte van Hodgkin, ziekte van Alzheimer, aids, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, cerebrale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidose, ziekte van Crohn, brucellose, levercirrose ingevolge hepatitis, sclerodermie met aantasting van de organen, diabetes type I, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur, Creuzfeldt-Jacob, nierinsufficiëntie* waardoor men niet zonder dialyse kan, orgaantransplantatie (met uitzondering van hoornvlies- en huidtransplantatie) na toestemming van de Medisch Adviseur en naar rata van een maximumplafond van € 7.000 per jaar.

De geneeskundige verzorging moet toegediend worden in België, medisch noodzakelijk zijn, voorgeschreven door een arts, opgenomen in de nomenclatuur, rechtstreeks in verband met de zware ziekte en toegediend tijdens de periode van de toekenning van de waarborg, zoals deze aanvaard werd door de Medisch Adviseur.

De waarborg zware ziektes is evenwel slechts verworven voor zover de diagnose van de zware ziekte noch vóór 1 januari 2004, datum van de inwerkingtreding van deze waarborg, noch vóór de aansluiting gesteld werd.

De voordelen van deze waarborg zijn de volgende:

1. De raadplegingen en bezoeken van huisartsen 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 urgentietoeslag, de bandagisterie, de orthopedie, de optiek, de akoestiek, de anatomopathologie, de genetica, de speciale verstrekingen, de kinesitherapie, de verpleegkundige zorgen, de logopedie, de radio-isotopen, de hartrevalidatie, worden terugbetaald aan de wettelijke remgelden en honorariumsupplementen, met een beperking tot 100% van het tarief van de overeenkomst.
2. Allopatische farmaceutische producten, magistrale bereidingen en pruiken (haarprotheses) op medisch voorschrift worden terugbetaald naar rata van de prijs die de patiënt in werkelijkheid betaald heeft, indien tegemoetkoming van de verplichte verzekering.
3. De huur van medisch materiaal wordt terugbetaald, na een mogelijke tegemoetkoming van de aanvullende diensten van de ziekenfondsen.

11.5.2. Tegemoetkomingsvoorwaarden

Om deze waarborg te kunnen genieten, moet de verzekerde het akkoord aanvragen bij de Medisch Adviseur. Hij zal een attest van een arts overhandigen, waarin de diagnose van de zware ziekte van de patiënt zal vermeld worden, bevestigd door biologische of anatomopathologische onderzoeken of medische beeldvorming of andere in medische kringen gewoonlijk erkende onderzoeken, op basis waarvan de Medisch Adviseur van Hospitalia het genot van de waarborg zal aanvaarden of weigeren voor een periode van één jaar per zware ziekte, die begint te lopen op de dag van het getuigschrift van de geneesheer.

Dit akkoord kan vernieuwd worden per periode van één jaar voor dezelfde ziekte, al dan niet onmiddellijk na de eerste periode.

Indien de Medisch Adviseur van Hospitalia van oordeel is dat hij bijkomende inlichtingen nodig heeft, dan beschikt de verzekerde over 45 dagen om daaraan een gevolg te geven, te rekenen vanaf de datum van de verzending van de aanvraag door de Medisch Adviseur.

- Indien deze termijn nageleefd wordt, dan begint de waarborg, in geval van medische aanvaarding, te lopen op de dag van het getuigschrift van de geneesheer.
- Wordt de termijn niet nageleefd, dan begint de waarborg, in geval van medische aanvaarding te lopen op de dag die volgt op de ontvangstdatum van de bijkomende stukken.
- Indien de termijn de 90 dagen overschrijdt, dan moet er een nieuwe aanvraag ingediend worden.

De beslissing tot aanvaarding of tot weigering van de toekenning van de waarborg wordt per brief medegedeeld aan de verzekerde, met vermelding van de periode die gedekt worden door de waarborg zware ziektes.

11.6. Tegemoetkomingen in verzorging vóór het ziekenhuisverblijf

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 de VMOB 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 30 dagen voorafgaand aan de ziekenhuisopname in kwestie;
- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen beperkt tot 100% van het overeenkomstentarif, met betrekking tot de verzorging vóór de ziekenhuisopname.

Onder verzorging vóór een ziekenhuisverblijf verstaan we de raadplegingen en bezoeken 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-venereologie, 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 - 427534, radio-isotopen, ambulante verpleging gedurende de periode van 30 dagen voorafgaand aan de hospitalisatie. Indien de periode van 30 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 een dienst 30 (geriatrie), in diensten 34, 37 en 41 (psychiatrie) en in diensten 61 tot 66 (specialiteiten), met uitzondering van de ambulante verzorging in de dienst spoedgevallen.

11.7. Tegemoetkoming in verzorging na de ziekenhuisopname

11.7.1. 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 de VMOB ook een tegemoetkoming toegekend heeft voor de opname in kwestie.

Deze verzorging moet gestaafd worden door een kwitantie.

De tegemoetkoming van HOSPITALIA PLUS 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 binnen 90 dagen, volgend op de desbetreffende ziekenhuisopname;
- de dekking van de remgelden en van de wettelijke honorariumsupplementen beperkt tot 100% van het overeenkomstentarif, met betrekking tot de nazorg (de verstrekkingen moeten uitgevoerd zijn binnen de 90 dagen volgend op de ziekenhuisopname).

Onder nazorg dient men de raadplegingen en bezoeken 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, die ambulante uitgevoerd werden binnen 90 dagen na de ziekenhuisopname.

Wat de kinesitherapie-, fysiotherapie- en hartrevalidatiezittingen betreft, deze worden beperkt tot 45 voor het geheel van die 3 soorten van verstrekkingen en moeten uitgevoerd zijn binnen de 180 dagen na de periode van ziekenhuisopname.

Indien de periode van ten laste genomen nazorg samenvalt met een periode van verzorging vóór een ziekenhuisverblijf, dan heeft de verzekeringsnemer recht op de voordeligste terugbetaling.

Uitsluiting: de nazorg wordt niet terugbetaald na een verblijf in dienst 30 (geriatrie), in diensten 34, 37 en 41 (psychiatrie) en in diensten 61 tot 66 (specialiteiten).

11.7.2. Verbliven na de ziekenhuisopname

Een forfait van € 15 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 BELGIË

De VMOB biedt de onderstaande hulpverlening aan de verzekeringsnemers HOSPITALIA/HOSPITALIA PLUS die recht hebben op de tegemoetkoming van de VMOB in het kader van een ziekenhuis- of dagopname in België, op voorwaarde dat zij hun wachttijd beëindigd hebben.

12.1. Ziekenoppas na dagopname

De VMOB organiseert binnen de 24 uur (en bekostigt) de oppas voor een alleenstaande verzekeringsnemer die gehospitaliseerd werd in one-day, tijdens de nacht die onmiddellijk volgt op die daghospitalisatie, dit gedurende maximaal 12 u, tussen 19u en 8u.

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

De VMOB organiseert binnen de 24 uur (en bekostigt) de oppas voor de kinderen van de verzekeringsnemer, die ouder zijn dan 3 maanden tot 14 jaar, dit in de volgende situaties:

1) Indien de verzekerde voor een duur van meer dan 2 dagen in het ziekenhuis opgenomen wordt na een ongeval of een plotse en onverwachte ziekte, dan komt de VMOB tegemoet in de oppas van zijn (haar) kinderen, indien 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.

2) Wanneer de bevalling terugbetaald wordt door de VMOB, komt de VMOB 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.

3) Als de thuisbevalling terugbetaald wordt door de VMOB, kent de VMOB 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 de VMOB, die 24 uur op 24 toegankelijk is tel. 02 778 92 93.

13. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

13.1. Geen grensbedrag per jaar

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

De Medisch Adviseur van de VMOB kan, op basis van de medische vragenlijst, bij de aansluiting aan de verzekeringsnemer meedelen dat de tegemoetkoming beperkt is voor de ziekenhuis- en dagopnames 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 Medisch 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 5 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 zes 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 de bevallingen die plaatsvinden in de 7de, 8ste, 9de aansluitingsmaand bij de hospitalisatiedienst, worden de hospitalisatiekosten ten laste genomen 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:

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

13.3. Verstrekkingen die niet gedekt worden door Hospitalia

De VMOB verstrekt geen tegemoetkomingen:

- voor toiletartikelen, cosmetica, voeding, wijnen, minerale waters, luxeuitgaven (telefoon, televisie, bloemen, ijskast ...) behalve in het kader van de hospitalisaties in België, in een gemeenschappelijke of een tweepersoons-

kamer. Telefoontjes naar betaalnummers blijven nochtans uitgesloten. HOSPITALIA verstrekt geen tegemoetkomingen in de kosten voor telefoon, televisie, bloemen, ijskast en drank die gefactureerd worden in het kader van een ziekenhuisopname van minstens één nacht;

- voor de medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen die van esthetische aard zijn, en/of die niet noodzakelijk zijn om te genezen;
- voor de tandimplantaten en tandprothesen en alle verstrekkingen die daarmee samenhangen, behalve zij die aangebracht worden in het kader van een ziekenhuisopname van minstens 1 nacht in een meerpersoonskamer terugbetaald door HOSPITALIA PLUS;
- 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.
- 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 geneesheer 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 10/04/1971 en uitvoerings-KB's) en met de beroepsziekten (wet van 03/06/1970 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 verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer 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 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 aangegeven 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 verzekerde kan en mag geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaande toestemming van de VMOB.

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 3 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 de VMOB om de gezondheidstoestand van de verzekerde en de gegrondheid van de verstrekkingen op elk ogenblik door de Medisch 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 bijdragen.

De verzekeringsnemer zal slechts de vastgestelde voordelen HOSPITALIA PLUS kunnen genieten op voorwaarde dat hij een document 'Aanvraag voor een tegemoetkoming', uitgereikt door de VMOB, invult en dat hij aan deze laatste alle bewijsstukken bezorgt, ter staving van zijn uitgaven waaronder de originele hospitalisatiefacturen. Onder bewijsstuk met betrekking tot de hospitalisatiekosten, verstaat men het origineel van de hospitalisatienota. De VMOB heeft het recht om alle bijkomende stukken op te eisen die zij nodig acht.

Om aanspraak te kunnen maken op de verzorging vóór de ziekenhuisopname en de nazorg, overhandigt de verzekeringsnemer alle originele facturen, 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 aangegeven kosten en van de afrekening voor de wettelijke tegemoetkomingen.

16. VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De verzekeringsnemer 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 verzekeringscontract.

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.

17. 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) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)

Communicatietaal

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

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

18. KLACHTEN

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

Elke klacht over het verzekeringscontract kan gericht worden:

- ofwel aan de afdeling waarvan de verzekeringsnemer afhangt
- ofwel per e-mail aan complaints@mloz.be
- 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 Meeûssquare 35 te 1000 Brussel - Tel. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75

info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

19. BELEID QUA BELANGENCONFLICTEN

Conform de wetgeving heeft de VMOB 'MLOZ Insurance' een 'Beleid qua belangenconflicten' uitgestippeld (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 verzekeringsnemers van de VMOB. Zij kunnen geraadpleegd worden in de maatschappelijke zetel van de VMOB of op www.mloz.be.