

Algemene voorwaarden Hospitalia Continuïteit 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. - 07/11/2017



BEPERKING VAN DE VERZEKERING IN DE TIJD

De verzekering eindigt van rechtswege op de leeftijd van 65 jaar of zodra de verzekering van de werkgever stopt vóór de leeftijd van 65 jaar. U kan uiterlijk vóór uw 65e verjaardag uw overgang naar Hospitalia of Hospitalia Plus aanvragen.

Dit kan zonder wachttijd, zonder medische vragenlijst en zonder bijkomende premie, maar mits voorlegging van een attest van uw werkgever dat de collectieve verzekering bewijst sinds zes maanden op de datum van de overgang. Is de wachttijd van zes maanden bij Hospitalia Continuïteit niet afgerond, dan is de overgang naar Hospitalia, Hospitalia Plus of het Forfait H toegestaan als er een wachttijd doorlopen wordt die gelijk is aan het aantal maanden dat nog vervuld moest worden.

Opgelet: het is in uw belang om iedere wijziging in uw gezinssamenstelling of van de verzekeringspolis bij uw werkgever te melden aan de VMOB (Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand 'MLOZ Insurance') (bv. een pasgeborene of partner toevoegen, of de partner of kinderen schrappen die niet meer gedekt zijn).

Zodra de collectieve hospitalisatieverzekering van uw werkgever ophoudt te bestaan voor u of voor een van de verzekerde personen, moet u uw overgang naar Hospitalia of Hospitalia Plus aanvragen, om verder een hospitalisatieverzekering te kunnen genieten. Hospitalia Continuïteit kan u dan immers niet meer terugbetalen, aangezien die enkel tegemoetkomt ter aanvulling van een collectieve hospitalisatieverzekering.

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMATSCHAPPIJ 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 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-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 dagopname in een verpleeginstelling die als zodanig erkend werd door het Ministerie van Volksgezondheid en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnosemiddelen en therapeutische middelen.

1.5. Dagopname:

Het verblijf van één dag ziekenhuisopname zonder overnachting:

- niet-chirurgische dagopname: facturatie van een 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 manipulatie poortkatheter;
- chirurgische dagopname: verstrekkingen uit lijst A, die bijgevoegd is aan het KB van 25/04/2002.

1.6. 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.

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

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

1.9. 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 bij de overgang achteraf van Hospitalia Continuïteit naar Hospitalia of Hospitalia Plus.

1.10. Vooraf bestaande aandoening, ziekte of toestand: een aandoening, ziekte 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

De verzekeringsnemer kan enkel aansluiten (en aangesloten blijven) bij de VMOB als hij in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten aansluit of aangesloten is bij een van de hierboven opgesomde 5 afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen). Bovendien moet de verzekeringsnemer verzekerd zijn door een groepsverzekering voor hospitalisatie (aangeboden door de werkgever of een andere groepering) en het bewijs of, bij gebrek daaraan, een verklaring op erewoord afgeven, om aangesloten te kunnen zijn bij HOSPITALIA CONTINUÏTEIT. De leeftijdsgrens voor de aansluiting is vastgesteld op 64 jaar.

3. HET SLUITEN EN HET EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

3.1. Het sluiten van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract bestaat uit de aanvorderingsbrief (met of zonder beperking voor een eventuele toekomstige transfer naar Hospitalia of Hospitalia Plus) 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 wachttijd, 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 verzekeringsnemer over 45 dagen om hieraan een gevolg te geven.

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

De beslissing tot aanvaarding, met of zonder beperking van de tegemoetkoming, wordt per brief medegedeeld aan de kandidaat-verzekeringsnemer. De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste 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 eindigt van rechtswege op de leeftijd van 65 jaar of zodra de verzekering van de werkgever stopt vóór de leeftijd van 65 jaar. Het is uiterlijk vóór de 65e verjaardag dat de overgang naar Hospitalia of Hospitalia Plus aangevraagd moet worden. Dit kan zonder wachttijd, zonder medische vragenlijst en zonder bijkomende premie, maar mits voorlegging van een attest van de werkgever dat de collectieve verzekering bewijst sinds zes maanden op de datum van de overgang. Is de wachttijd van zes maanden bij Hospitalia Continuïteit niet afgerond, dan is de overgang naar Hospitalia, Hospitalia Plus of het Forfait H toegestaan als er een wachttijd doorlopen wordt die gelijk is aan het aantal maanden dat nog vervuld moest worden.

Als het bewijs van de aansluiting ontbreekt, zal er een nieuwe medische vragenlijst moeten worden voorgelegd. De overgang zal zonder wachttijd gebeuren en de bijdragen zullen verhoogd worden in functie van de leeftijd op het ogenblik van de overgang.

In geval van aansluiting bij Hospitalia Continuïteit sinds minder dan één jaar, zullen de bijdragen ook verhoogd worden voor de transfers vanaf 46 jaar, behalve als deze aansluiting het resultaat was van een overgang van Hospitalia of van Hospitalia Plus naar Hospitalia Continuïteit.

Bovendien eindigt het verzekeringscontract:

- bij opzegging door de verzekeringsnemer, conform de voorwaarden uit de wet van 4 april 2014, middels een opzegtermijn van minimaal één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de verzending van de aangetekende brief, 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 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 verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van informatie in het kader van de verklaringen bij de aansluiting of bij de indiening van de terugbetalings-

aanvragen, 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 aanvorderingsbrief, 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 een ziekenhuisopname of voor ambulante verzorging die begonnen is tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels

- Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of adoptiekinderen
Als een 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 derde maand die volgt op de geboorte of de adoptie en dat de eerste bijdrage uiterlijk geïnd wordt op 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 kent een tegemoetkoming toe voor elke ziekenhuisopname en alle ambulante verzorging als gevolg van een ongeval dat geleid heeft tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van dit document, op voorwaarde dat het ongeval na de aansluitingsdatum valt. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstige advies van de medisch adviseur van de VMOB.
- Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige continuïteitshospitalisatieverzekeringen
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 hospitalisatieverzekering van het type 'continuïteit,' dus een wachtkomende die recht geeft op een transfer naar een individueel hospitalisatiecontract.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

De VMOB kent enkel een tegemoetkoming toe wanneer de groepsverzekering van de werkgever een tegemoetkoming toegekend heeft voor een ziekenhuisopname in België of in het buitenland en voor een dagopname in België.

Worden niet gedekt, de opnamekosten voor een ziekte of een ongeval:

- die het gevolg zijn van oorlogsfeiten, met uitsluiting van terrorisme; de waarborg blijft evenwel bestaan tijdens de eerste 14 dagen na het begin van de vijandelijkheden als de verzekeringsnemer verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland;
- door beoefening van een betaalde sport, ook de training;
- die het gevolg zijn van rellen, burgeroorlogen, alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of elke erkende macht, behalve als de verzekeringsnemer het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam;
- die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekeringsnemer zich

- onder de invloed van bedwelmende of verdoovende 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 verzekeringsnemer (behalve bij redding van personen of goederen) of van een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekeringsnemer. De opzettelijke handeling zal weerhouden worden wanneer de verzekeringsnemer wetens en willens gedrag heeft vertoond dat 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 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.

Het origineel of de kopie van de afrekening van de groepsverzekeraar moet ingediend worden binnen drie jaar na de datum van de verwezenlijking 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 in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt;
- aan de verzekeraar of zijn afdelingen alle gevraagde inlichtingen te bezorgen.

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

7. BIJDAGEN

Maandbedragen in € op 01/01/2018, alle taksen inbegrepen, in functie van de aansluitingsleeftijd bij Hospitalia Continuïteit (taks 10 % inbegrepen).

Aangesloten bij het product Hospitalia Continuïteit Volgens de leeftijd bij het begin van de aansluiting:			
jonger dan 18 jaar	2,76	van 40 tot 45 jaar	6,51
van 18 tot 24 jaar	3,40	van 46 tot 49 jaar	7,28
van 25 tot 29 jaar	4,30	van 50 tot 54 jaar	8,17
van 30 tot 34 jaar	5,13	van 55 tot 59 jaar	15,49
van 35 tot 39 jaar	5,89	van 60 tot 64 jaar	20,97

De bijdragen worden bepaald volgens de leeftijd op het ogenblik van de aansluiting bij Hospitalia Continuïteit.

In geval van overgang van Hospitalia of Hospitalia Plus naar Hospitalia Continuïteit, stemt de bijdrage van Hospitalia Continuïteit overeen met de bijdrage van de leeftijd op het ogenblik van de aansluiting bij een van deze twee producten.

8. REGELS ROND DE 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 op voorhand 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 eerste dag van de eerste maand van het kwartaal, halfjaar of jaar of, in geval van domiciliëring bij de bank, binnen de eerste tien 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, zal hem automatisch een forfaitaire vergoeding van € 15 aangerekend worden, bij wijze van herinneringskosten.

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 een 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 Continuïteit 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-verzekeringsnemer 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 scha-

degevallen 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 HOSPITALIA CONTINUÏTEIT

De VMOB voorziet in een tegemoetkoming in geval van:

- een ziekenhuisopname in België en in het buitenland
- een dagopname in België

De tegemoetkoming bedraagt maximaal € 50 per opnamedag, en kan nooit het saldo overschrijden dat ten laste blijft van de verzekerde na tegemoetkoming door de hospitalisatieverzekering van de werkgever. De terugbetaling wordt berekend op basis van de afrekening van de tegemoetkoming van deze verzekering.

12. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

12.1. Dagplafond

Maximaal € 50 per opnamedag na tegemoetkoming door de collectieve hospitalisatieverzekering.

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

De medisch adviseur van de VMOB kan, op basis van de medische vragenlijst in geval van een vooraf bestaande ziekte of aandoening of toestand, voor de ziekenhuisopnames die hier rechtstreeks verband mee houden, beslissen om een beperking van de verzekering toe te passen (uitsluiting van de supplementen die gepaard gaan met de keuze voor een verblijf in een eenpersoonskamer) bij de overgang achteraf naar het product Hospitalia en, eventueel, naar het product Hospitalia Plus.

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.

De medische vragenlijst zal pas ingaan bij de overgang achteraf naar het product Hospitalia of Hospitalia Plus, indien die laatste dekking hoger is dan de dekking die de verzekerde genoot vóór zijn aansluiting bij Hospitalia Continuïteit.

Op het ogenblik van de overgang zal de medisch adviseur beslissen of het al dan niet nodig is om die beperking te behouden.

13. TEGEMOETKOMINGEN

13.1. Verjaring

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

13.2. 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.

13.3. Betaling van de voordelen

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

Om de voordelen van HOSPITALIA CONTINUÏTEIT te bekomen, vult de verzekerde een document 'Tegemoetkomingsaanvraag' in dat uitgereikt wordt door de VMOB, en bezorgt hij de VMOB het origineel of de kopie van de afrekening van de groepsverzekeraar. De VMOB heeft het recht om alle bijkomende stukken op te eisen die zij nodig acht.

14. 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 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.

15. 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 verzekeringnemer.

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

16. 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 verzekeringnemer afhankelijk is
- 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 Meeûssquare 35 te 1000 Brussel - Tel. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

17. 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 verzekeringnemers van de VMOB. Zij kunnen geraadpleegd worden in de zetel van de VMOB of op www.mloz.be.