

Wijzigingsclausule op 1 januari 2019 bij de Algemene voorwaarden Hospitalia Plus op 01/01/2018

Algemene voorwaarden Hospitalia Plus van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand MLOZ Insurance
gestemd door de Raad van Bestuur van 26 september 2018 en door de Buitengewone Algemene Vergadering van 26 oktober 2018

MLOZ Insurance is de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (OZ - Omnimut - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Erkend onder het CDZ-codennr. 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen - Sterrenkundelaan 1 - 1210 Brussel
Hoofdzetel: **Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel** - België
(RPR Brussel) - www.mloz.be - Ondernemingsnummer: 422.189.629 - 26/10/2018



Verduidelijkingen

Toevoegingen (in het vet) in onderstaande artikels:

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

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

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

4. BEGIN, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

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

- ...
- die het gevolg zijn van vrijwillige deelname aan een misdaad of misdrijf. Met 'misdrijf' beogen we ook de misdrijven die later geherkwalificeerd worden als overtredingen.

Verduidelijkingen over de aansluiting bij de aanvullende diensten

Toevoegingen (in het vet) van de regels inzake de verplichte aansluiting bij de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen en de gevolgen van de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering voor de aansluiting bij MLOZ Insurance:

2. AANVAARDING

2.1. 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 5 afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse, OZ, Partena Ziekenfonds). 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.

2.2. Impact van de niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds op uw aansluiting bij MLOZ Insurance

Het is belangrijk dat u steeds in orde bent met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds.

Als u niet langer in orde bent met die betaling, kan dit grote gevolgen hebben op uw aansluiting bij MLOZ Insurance en op de dekkingen van de verzekeringen die u afgesloten hebt.

2.2.1. Gevolgen voor de aansluiting bij MLOZ Insurance

U kunt enkel aansluiten bij MLOZ Insurance als u uw rechten niet verloren bent voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds naar aanleiding van de niet-betaling van de bijdragen voor deze diensten voor een periode van 24 aaneensluitende maanden.

2.2.2. Gevolgen voor het behoud van uw aansluiting bij MLOZ Insurance

Als u al aangesloten bent bij MLOZ Insurance, is ze wettelijk verplicht uw aansluiting stop te zetten, en dus ook uw dekkingen, als u een sanctie opgelegd krijgt door het verlies van uw rechten op de aanvullende diensten van uw ziekenfonds omdat u de bijdragen voor deze diensten niet betaald hebt voor een periode van 24 opeenvolgende maanden. Deze automatische uitsluiting staat los van het feit of u de bijdragen voor de verzekeringen bij MLOZ Insurance steeds regelmatig betaald hebt. Vervolgens kunt u enkel opnieuw aansluiten bij MLOZ Insurance als u opnieuw regelmatig uw bijdragen betaalt voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds (elke onderbreking van 6 maanden in de betaling van die bijdragen in de eerste 24 maanden van uw heraansluiting, leidt tot een nieuwe uitsluiting van MLOZ Insurance).

Mogelijkheid om per elektronisch gekwalificeerde aangetekende zending te communiceren

Toevoeging (in het vet) in het artikel:

3. HET SLUITEN, DE DUUR EN HET EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

3.2. Einde van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor het leven. Het eindigt evenwel in de volgende gevallen:

- bij opzegging door de verzekeringsnemer, conform de voorwaarden uit de wet van 4 april 2014, middels een opzegtermijn van minimaal één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de verzending van de aangetekende brief of de elektronische gekwalificeerde aangetekende zending, de overhandiging van het deurwaardersexploot of van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, gericht aan MLOZ Insurance zelf of aan een van de hierboven beoogde afdelingen. De verzekeringsnemer Hospitalia Plus kan vragen om deze dekking te schrappen. Voor zover hij aangesloten blijft bij Hospitalia, zal de schrapping ingaan, zonder vooropzeg van één maand, op de eerste dag van de maand na de maand waarin de schrapping gemeld werd.

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 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 of per elektronisch gekwalificeerde aangetekende zending, 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 deponeering van het aangetekend schrijven bij de post of van de elektronisch gekwalificeerde aangetekende zending. 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.

Verduidelijkingen over de segmentering van hospitalisatieverzekeringen

Toevoeging (in het vet) in de artikel:

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 MLOZ Insurance gebruikt in het kader van haar hospitalisatieverzekeringen.

Die criteria zijn afhankelijk van het soort product.

De volgende criteria zouden in overweging genomen kunnen worden:

9.1. Bij het begin van het contract:

9.1.1. De **leeftijd** van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een **behandeling** en een ziekenhuisopname toe en stijgt het bedrag van de terugbetalingen, naarmate men ouder wordt. **Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de bijdrage en de toegang tot het product.**

a) De toegang kan beperkt worden naargelang van het gekozen product: de maximumleeftijd voor Hospitalia Plus is 65 jaar. Er is geen leeftijdsgrens voor Hospitalia.

Deze leeftijdsgrens is niet van toepassing op vooraf aangesloten verzekerden die in orde waren met hun bijdragen aan een gelijkaardige verzekering bij een andere VMOB.

b) Naargelang van het gekozen product kan de aansluiting na een bepaalde leeftijd aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie.

9.1.2. De **gezondheidstoestand** en vooral de aanwezigheid van een bestaande aandoening/toestand/ziekte, want het risico op een behandeling en ziekenhuisopname kan hierdoor stijgen, net als het bedrag van de medische kosten. Hierdoor kan het ook gerechtvaardigd zijn dat bepaalde medische kosten, verbonden met een bestaande toestand/aandoening/ziekte, niet gedekt worden.

9.1.3. Het vroegere bestaan van een **gelijkaardige verzekering** heeft een impact op:

a) **de toegang:** de leeftijdsgrens (zie punt 9.1.1.a) is niet van toepassing op vooraf aangesloten verzekerden die in orde waren met hun bijdragen aan een gelijkaardige verzekering bij een andere VMOB.

b) **de wachttijd:** de wachttijd kan beperkt of geschrapt worden voor de verzekerden die gedekt waren door een gelijkaardige verzekering tot de datum van hun aansluiting bij MLOZ Insurance. De wachttijd wordt dan ingekort met de duur van die verzekering.

MLOZ Insurance maakt geen onderscheid naar de aard van de verzekering (een commerciële verzekering of een verzekering bij een ziekenfonds) die de verzekerde genoot voor zijn (haar) aansluiting bij MLOZ Insurance, behalve voor de toepassing van de vooraf bestaande toestand bij zwangerschap (zie 9.1.2):

- voor de vrouwelijke verzekerden die voorheen verzekerd waren door een gelijkaardige hospitalisatieverzekering van een ziekenfonds, geldt die beperking alleen wanneer de bevalling zich voordoet in de eerste 9 maanden die de cumulatie zijn van de verzekeringsperiode bij de vorige VMOB én Hospitalia Plus, zonder onderbreking.

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

Dit onderscheid voor de Belgische ziekenfondsentiteiten gebeurt om de volgende redenen:

- het specifieke karakter van de ziekenfondsverzekeringen, namelijk het feit dat een wijziging van ziekenfonds de stopzetting van de verzekering met de overeenkomstige VMOB betekent, wat een flexibele behandeling rechtvaardigt van personen die voorheen bij een andere VMOB aangesloten waren, gezien het lage antiselectierisico in deze context;

- het behoud van de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen (vrijheid om het ziekenfonds te kiezen).

9.2. Tijdens het contract:

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

9.2.2. **Het kamertype:** in het kader van Hospitalia en Hospitalia Plus leidt de keuze van een eenpersoonskamer tot de toepassing van een franchise van € 150 per ziekenhuisopname in een ziekenhuis dat meer dan 200% honorariumsupplementen ten opzichte van het tarief van de overeenkomst aanrekent. De lijst met deze ziekenhuizen is beschikbaar op www.ziekenhuizenvrijstelling.be.

Verduidelijkingen over de aanpassing van de bijdrage

Aanpassingen in het vet in het artikel:

10. AANPASSING VAN DE BIJDAGE, 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 verzekerings technieken.

Onverminderd de wettelijke mogelijkheden voor de aanpassing van de bijdragen en los van hun aanpassing aan de index op de consumptieprijzen, of de medische index verbonden aan de waarborg 'eenpersoonskamer', mogen de bijdragen niet verhoogd worden.

Voor de toepassing van de indexering worden de indexvoet van april van het lopende jaar en de indexvoet van april van het vorige jaar met elkaar vergeleken.

Deze indexschommeling wordt uitgedrukt in een percentage en kan toegepast worden op de bijdrage en op de verstrekkingen zoals die golden vóór de indexaanpassing.

MLOZ Insurance kan jaarlijks beslissen om de indexeringsmogelijkheden van de bijdragen op basis van deze indexen niet toe te passen of slechts gedeeltelijk toe te passen.

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

Lijst 2019 van de ziekenhuizen met franchise bij ziekenhuisopname van minstens één nacht in een eenpersoonskamer

Toevoeging (in het vet) in het artikel:

11. GECUMULEERDE TERUGBETALINGEN HOSPITALIA EN HOSPITALIA PLUS

11.1. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in België

2. Bij een verblijf in een eenpersoonskamer, terugbetaling van:

...

2.15. 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% aanrekenet in vergelijking met het overeenkomstentarifief. 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, wordt opgesteld 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 2019 van de ziekenhuizen met ereloonsupplementen van meer dan 200%:

- C.H. EPICURA (RHMS) - Ath, Hornu, Baudour
- 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, Basilique, 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-Ixelles, Bracops et 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 - Waremme
- C.H.C / CLINIQUE SAINTE-ELISABETH - Verviers (Heusy)
- C.H.R. de la CITADELLE - Liège

Deze lijst is raadpleegbaar via www.ziekenhuizenvrijstelling.be.

Verduidelijkingen voor de tegemoetkomingen

11. GECUMULEERDE TERUGBETALINGEN HOSPITALIA EN HOSPITALIA PLUS

11.1. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in België

3. Tegemoetkoming van € 7 per dag ten gunste van de begeleider die verbleven heeft in een opvangtehuis van een ziekenhuis of in een zorghotel, tijdens de door de MLOZ Insurance terugbetaalde ziekenhuisopname van de verzekerde.

5. In geval van ziekenhuisopname of daghospitalisatie, tegemoetkoming in de werkelijk gedragen kosten van het dringend vervoer (na oproep naar de dienst 100/112) naar het ziekenhuis, naar rata van maximum € 500 per kalenderjaar, na iedere andere tegemoetkoming.

Herinneringskosten bij niet-terugbetaling van het opgeëiste voorschot

11. GECUMULEERDE TERUGBETALINGEN HOSPITALIA EN HOSPITALIA PLUS

11.1. Tegemoetkomingen voor ziekenhuisopnames in België

6. Terugbetaling van de wettelijke voorschotten die aan het ziekenhuis gestort worden, ten vroegste bij het begin van de betrokken ziekenhuisopname, 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 MLOZ Insurance zonder beperking wegens vooraf bestaande ziektes, aandoeningen of toestanden. Als achteraf zou blijken dat de ziekenhuisopname niet gedekt kan worden of dat het bedrag van het voorschot hoger is dan de tegemoetkoming van MLOZ Insurance, of als de verzekeringsnemer zijn factuur niet voorlegt, dan zal het verschuldigde bedrag teruggevorderd worden.

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

Verduidelijkingen

14. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

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

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-KB's en door het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-KB's) en met de beroepsziekten (wet van 03 juni 1970 en uitvoerings-KB's);
- de Europese verordeningen 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale socialezekerheidsvereenkomst 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 verzekerde om een of andere reden niet het recht om een beroep te doen op een of meer van deze tegemoetkomingen, dan komt MLOZ Insurance tussen op dezelfde wijze als voor een verzekerde die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

Opdat MLOZ Insurance tegemoetkomingen zou kunnen toekennen, is het absoluut noodzakelijk dat tijdens de ziekenhuisopname, minstens één medische verstrekking voorkomt op de lijst van de door Hospitalia Plus terugbetaalbare verstrekkingen, en terugbetaald wordt in de verplichte verzekering.

Van deze laatste voorwaarde wordt afgeweken als de verzekeringsnemer om de een of andere reden niet het recht heeft om een beroep te doen op een of meer van bovenvermelde tegemoetkomingen. In dat geval komt MLOZ Insurance tussen op dezelfde wijze als voor een verzekerde die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

Toestemming elektronisch verstuurd facturen

15. TEGEMOETKOMINGEN

15.1. Verjaring

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

15.2. Medische controle

De verstrekkingen worden slechts toegekend onder voorbehoud van het recht van MLOZ Insurance om de gezondheidstoestand van de verzekerde en de gegrondheid van de verstrekkingen op elk ogenblik door de 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.

Om de voordelen van Hospitalia Plus te bekomen, vult de verzekerde een document 'Tegemoetkomingsaanvraag' in dat uitgereikt wordt door MLOZ Insurance, en bezorgt hij alle bewijsstukken van zijn uitgaven (waaronder de originele hospitalisatiefacturen) aan MLOZ Insurance. Onder bewijsstuk met betrekking tot de hospitalisatiekosten verstaat men het origineel van de hospitalisatienota of de factuur die het ziekenhuis of de verzekerde gescand heeft, of de factuur die op een andere duurzame drager bezorgd werd.

...

Het is toegestaan bewijsstukken digitaal te bezorgen aan MLOZ Insurance met het oog op een tegemoetkoming. De digitale kopie moet van goede kwaliteit zijn (leesbaar) en conform aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). MLOZ Insurance behoudt zich het recht voor het origineel op te vragen bij de verzekerde, die het moet bewaren of de eventuele kosten voor een duplicaat moet dragen.

Diverse andere verduidelijkingen

16. VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De verzekeringsnemer verklaart:

- dat hij aan MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance.
- dat hij MLOZ Insurance 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.

De verzekeringsnemer kan kennis nemen van het beleid inzake de persoonlijke levenssfeer van MLOZ Insurance via deze link www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance of op aanvraag in een agentschap of per post (MLOZ - DPO, Lenniksebaan 788A in 1070 Brussel).

18. KLACHTEN

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

Een klacht over het verzekeringscontract mag gericht worden aan de afdeling waarbij u aangesloten bent.

Als het antwoord u geen voldoening geeft, kunt u contact opnemen met de klachtencoördinator van MLOZ Insurance, ofwel per e-mail complaints@mloz.be ofwel per post: aan MLOZ Insurance - Klachtencoördinator - Lenniksebaan 788A, in 1070 Brussel.


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

20. TOEPASSELIJK RECHT

Het Belgisch recht is van toepassing op de precontractuele relaties, alsook op het verzekeringscontract.

7. Bijdragen op 01/01/2019

Maandbedragen in euro op 01/01/2019, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd

 Leefstijdsgruppen	Commerciële premie, taksen en heffingen inbegrepen, te betalen	Taksen en heffingen	Commerciële premie zonder lasten	Waarvan acquisitiekosten	Waarvan administratiekosten
		RIZIV-bijdrage 10 % Verzekeringstaks 9,25 %		4,10%	2,60%

Aansluiting bij het product Hospitalia Plus					
• Vóór 01/01/1994 of aangesloten, na deze datum, vóór de leeftijd van 46 jaar*					
jonger dan 18 jaar	6,01	0,66	5,35	0,22	0,14
van 18 tot 24 jaar	7,58	0,83	6,75	0,28	0,18
van 25 tot 49 jaar	19,72	2,34	17,38	0,71	0,45
van 50 tot 59 jaar	24,22	2,86	21,36	0,88	0,56
60 jaar en ouder	43,40	4,75	38,65	1,58	1,00
• Na 01/01/1994, tussen 46 en 49 jaar*					
46 tot 49 jaar (+5%)	20,70	2,45	18,25	0,75	0,47
50 tot 59 jaar (+5%)	25,43	3,01	22,42	0,92	0,58
60 jaar en ouder (+5%)	45,56	4,99	40,57	1,66	1,05
• Na 01/01/1994, tussen 50 en 54 jaar*					
49 jaar (+10%)**	21,70	2,58	19,12	0,78	0,50
50 tot 59 jaar (+10%)	26,64	3,16	23,48	0,96	0,61
60 jaar en ouder (+10%)	47,71	5,23	42,48	1,74	1,10
• Na 01/01/1994, tussen 55 en 59 jaar*					
55 tot 59 jaar (+50%)	36,33	4,30	32,03	1,31	0,83
60 jaar en ouder (+50%)	65,10	7,12	57,98	2,38	1,51
• Na 01/01/1994, vanaf 60 jaar*					
59 jaar (+70%)**	41,17	4,88	36,29	1,49	0,94
60 jaar en ouder (+70%)	73,78	8,08	65,70	2,69	1,71

* Op de begindatum van de aansluiting

** Leefstijd op 01/01/aansluitingsjaar

Wij vestigen uw aandacht op het feit dat een vergelijking tussen meerdere verzekeringscontracten niet beperkt mag blijven tot de vergelijking van de geschatte kosten voor elk contract. Er moeten ook andere elementen in overweging genomen worden, bijvoorbeeld de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele franchises en de uitsluitingsclausules.

De bovenstaande schattingen geven een duidelijker beeld van het premiegedeelte dat wordt gebruikt voor de dekking van het risico dat door de verzekeringsovereenkomst wordt gedekt. Het saldo van de premie, na aftrek van taksen, bijdragen, administratiekosten en aankoopkosten, vertegenwoordigt het deel van de premie dat toegekend wordt aan de uitvoering van de contractuele prestaties, evenals de niet hoger vermelde kosten (samengevoegde kosten voor schadegevallen en hun beheer inbegrepen).

Die schattingen worden berekend op basis van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, zoals goedgekeurd door haar algemene vergadering.

De andere artikelen blijven onveranderd.

De algemene voorwaarden van Hospitalia Plus op 01/01/2019 zijn beschikbaar via deze link: www.algevoorw.be.

Op eenvoudig verzoek per telefoon, mail of in een agentschap van uw ziekenfonds kan een papieren kopie verkregen worden.