

Algemene voorwaarden Medicalia

op 1 januari 2018

Algemene voorwaarden van de verzekering voor ambulante zorgen, Medicalia, van de VMOB 'MLOZ Insurance' gestemd door de Raad van Bestuur van 28 september 2017 en door de Buitengewone Algemene Vergadering van 27 oktober 2017

Partena Ziekenfonds

verzekeringsagent (CDZ-nr. 5006c - Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel) voor "MLOZ Insurance", de VMOB van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (voor de takken 2 en 18), **Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel** - RPR Brussel (422.189.629, CDZ-nr. 750/01) 17/11/2017



1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'MLOZ Insurance' is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Sterrenkundelaan 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) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

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

1.5. 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.

1.6. Hospitalisatienota en honorariumnota: de stukken, zoals deze bepaald zijn in bijlage 37 bis van de verordening van 1 februari 2016 houdende uitvoering van artikel 22, 11° van wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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

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

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

2. AANVAARDING

Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Medicalia, kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij aansluiten of aangesloten zijn in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten bij een van de hierboven opgesomde 4 afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen). Die personen moeten hun personen ten laste aansluiten zoals de reglementering betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen het stipuleert, 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 uitsluiting van een verzekerde geeft impliciet aanleiding tot ontslag/uitsluiting van alle personen die verplicht waren om aan te sluiten.

Een verzekerde kan slechts bij één van beide verzekeringen van ambulante verzorging aangesloten zijn. Een bestaande verzekerde die aangesloten is bij Hospitalia Ambulant kan niet tegelijk aansluiten bij Medicalia en andersom.

Er is geen limiet wat de leeftijd betreft om de voordelen van Medicalia

te genieten.

3. HET SLUITEN EN HET EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

3.1. Het sluiten van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract bestaat uit de aanvaardingsbrief 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' 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 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.

De beslissing tot aanvaarding wordt per brief meegedeeld aan de kandidaat-verzekeringnemer.

De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste bijdrage, de datum van de aanvaarding van de aansluiting en van de inwerking-treding van die aansluiting, de duur van de wachttijd, de levenslange duur van die aansluiting en het aangeboden verzekeringsproduct.

3.2. Einde van het verzekeringscontract

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

- bij opzegging door de verzekeringnemer, conform de voorwaarden uit de wet van 4 april 2014, middels een opzegtermijn van minimaal één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de verzending van de aangetekende brief, de overhandiging van het 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 ambulante dekking verandert binnen MLOZ Insurance;
- in geval van fraude of poging tot fraude;
- wanneer er vrijwillig schade zou zijn berokkend aan de belangen van de VMOB en meer bepaald in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van informatie in het kader van de verklaringen bij de aansluiting of bij de indiening van de terugbetalingsaanvragen, of nog in geval van weigering om zich te schikken naar onderhavige bepalingen;
- in geval van opzegging door de verzekeraar, bij niet-betaling van de bijdragen;
- bij uitsluiting uit de aanvullende diensten van de ziekenfondsen;
- bij een mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- bij overlijden;
- in geval van nietigheid.

4. BEGIN, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.1. Begin van de verzekeringswaarborg

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

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van zes maanden

Vooraleer men de tegemoetkomingen van Medicalia kan genieten, dient men een wachttijd van zes maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitingsdatum. De wachttijd wordt opgetrokken tot twaalf maanden voor het geboorteforfait.

Medicalia biedt geen tegemoetkoming voor een ambulante verstrekking die verleend werd tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels:

• Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of adoptiekinderen

Voor zover een van de ouders aangesloten is bij Medicalia op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, valt de pasgeborene of het adoptiekind jonger dan drie jaar vanaf zijn geboorte- of adoptiedatum onder de dekking, mits indiening van een kopie van de geboorteakte of adoptieakte vóór het einde van de derde maand na zijn geboorte of adoptie en mits betaling van de eerste bijdrage op uiterlijk de laatste dag van de zesde maand die volgt op de aansluitingsdatum. De eerste bijdrage zal pas verschuldigd zijn vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de geboorte of de adoptie. Dit geldt enkel als de gerechtigde in de verplichte verzekering van het kind zijn wachttijd heeft beëindigd.

• 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

Medicalia kent een tegemoetkoming toe voor alle ambulante verzorging als gevolg van een ongeval dat geleid heeft tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van dit document, op voorwaarde dat het ongeval na de aansluitingsdatum valt. Deze tegemoetkoming is onderworpen aan het gunstigste advies van de Medisch Adviseur van de VMOB.

• Afwijking van de wachttijd voor de gelijkaardige ambulante verzekeringen

Men zal mogen afwijken van de wachttijd van 6 of 12 maanden ten gunste van de nieuwe verzekerden die op basis van afdoende bewijsstukken kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting bij de VMOB gedekt waren door een gelijkaardige verzekering ambulante verzorging.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

Worden niet gedekt, de kosten van ambulante verzorging bij 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 geweld-daden 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 bedwelvende of verdovende middelen of van andere drugs bevond;
- die het gevolg zijn van vrijwillige deelname aan een misdad of wanbedrijf;
- 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. Als de verzekeringsnemer aanspraak kan maken op een schadevergoeding, treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekeringsnemer tot de reikwijdte van zijn prestaties. De overeenkomsten die de verzekeringsnemer gesloten heeft met derden over rechten die bestaan krachtens het verzekeringscontract of die ontstaan in uitvoering van het verzekeringscontract, zijn pas tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop deze laatste die rechten goedgekeurd heeft.

6. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGSNEMER

De verzekeringsnemer is verplicht om:

- zijn verklaringen en mededelingen schriftelijk of via elektronische weg in te dienen bij de zetel van de verzekeraar of via zijn afdelingen;
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk de datum mee te delen vanaf wanneer de voorwaarden voor het behoud van het contract niet langer vervuld zijn;
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk te waarschuwen van 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, in functie van de leeftijd

Aangesloten bij het product Medicalia	
van 0 tot 6 jaar	Gratis
van 7 tot 17 jaar	13,00
van 18 tot 29 jaar	14,50
van 30 tot 44 jaar	15,00
van 45 tot 59 jaar	23,00
60 jaar en ouder	39,00

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 15 dagen, te rekenen vanaf de dag na de dag waarop de aangetekende brief afgegeven werd 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 verzekeringnemer die ontslagen is, zal opnieuw kunnen aansluiten voor zover hij alle verschuldigde bijdragen betaald heeft. Hij zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op verstrekkingen.

9. SEGMENTERING

Als iemand aansluit bij een 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. Deze criteria zijn afhankelijk van het type product. De volgende criteria zouden in overweging genomen kunnen worden voor Medicalia.

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: Er is geen leeftijdsgrens voor Medicalia.

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

Tijdens het contract :

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

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

De bijdrage, de tariefvoorwaarden en de voorwaarden voor de dekking van de verstrekkingen worden bepaald door rekening te houden met de parameters die vervat zijn in het technische plan dat de verzekeraar samenstelt op basis van actuariële criteria en verzekeringstechnieken.

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

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

11. TERUGBETALINGEN VAN MEDICALIA

Tussenkomst voor ambulante zorgen voorgeschreven en verstrekt in België.

11.1. Alternatieve therapieën

Behandelingen door logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten, psychologen, osteopaten, chiropractors, homeopaten, acupuncturisten, orthopedagogen voor zover deze verstrekkers erkend zijn door het RIZIV of voorkomen op de lijsten zoals gepubliceerd en gebruikt door de VMOB en haar afdelingen. Hiermee beoogt de VMOB een tegemoetkoming daar waar de verplichte verzekering geen tegemoetkoming voorziet.

De VMOB betaalt, in het kader van de verzekering Medicalia, 75% terug van het factuurbedrag dat ten laste is van de verzekerde (na aftrek in de aanvullende verzekering).

In te dienen bewijsstukken

De tegemoetkoming kan bekomen worden op basis van een volledig en correct ingevuld en ondertekend formulier "Tegemoetkomingsaanvraag Medicalia" samen met de originele factuur voor de desbetreffende behandeling. De berekening van de tegemoetkoming zal gebeuren op basis van de originele factuur.

11.2. Wettelijke remgelden

- Raadplegingen, bezoeken, adviezen en technische verstrekkingen van alle algemene geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2.
- Technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3.
- Kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7.
- Verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8.

- Vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9.
- Speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11.
- Medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter, 17quater.
- Radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 18.
- Inwendige geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20.
- Dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21.
- Fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22
- Toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26.
- Bandagisterie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27.
- Orthopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29.
- Logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36.

Indien er een tegemoetkoming is van de verplichte verzekering, zal de VMOB voorzien in een extra tegemoetkoming.

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

De VMOB betaalt, in het kader van de verzekering Medicalia, 75% terug van het remgeld (na aftrek van de tussenkomst van de aanvullende verzekering).

In te dienen bewijsstukken

Voor de verzekerden bij dezelfde afdeling in de verplichte verzekering en voor de VMOB worden de tegemoetkomingen van die laatste verevend na voorlegging van de getuigschriften voor verstrekte hulp, tegelijkertijd met de tegemoetkomingen toegekend in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de andere verzekerden worden de tegemoetkomingen betaald op basis van een fotokopie van de getuigschriften voor verstrekte hulp, met het originele bewijsstuk van de Z.I.V.-terugbetaling.

11.3. Materiaal

11.3.1. Oogzorg

Corrigerende brillenglazen, contactlenzen, ooglaserbehandeling en keratotomie door een erkende oogarts voorgeschreven en binnen de 12 maanden na datum voorschrift gefactureerd en afgeleverd/uitgevoerd. Er is echter geen tegemoetkoming voor het montuur van een correctiebril, of voor het montuur en de glazen van een zonnebril (met of zonder correctie).

11.3.2. Hoorapparaten

Indien door een erkende neus-, keel-, oorarts voorgeschreven en binnen de 12 maanden na datum voorschrift gefactureerd en afgeleverd door een erkende audioloog:

- hoorapparaten, met uitzondering van cochleaire implantaten en hoorapparaten met beengeleiding (implantaat en (uitwendige) geluidsprocesor).

Batterijen of andere toebehoren voor de hoorapparaten worden niet vergoed.

De VMOB betaalt, in het kader van de verzekering Medicalia, indien voldaan werd aan de voorwaarden, 75% terug van het factuurbedrag dat ten laste blijft van de verzekerde (na aftrek van de tussenkomst van de verplichte en/of aanvullende verzekering) voor het verkrijgen van corrigerende brillenglazen, contactlenzen, ooglaserbehandeling en keratotomie of hoorapparaten.

In te dienen bewijsstukken

Ongeacht het al dan niet bestaan van een wettelijke tegemoetkoming, zal de VMOB voorzien in een (extra) tegemoetkoming op basis van een volledig en correct ingevuld en ondertekend formulier "Tegemoetkomingsaanvraag Medicalia", samen met:

- ofwel het voorschrift van de erkende oogarts, desgevallend de erkende neus-, keel-, oorarts, vergezeld van een originele en gedetailleerde factuur van de erkende opticien of de erkende audioloog.
- ofwel de gestandaardiseerde documenten zoals voorzien binnen de verplichte verzekering, vergezeld van een originele en gedetailleerde factuur van de erkende opticien of de erkende audioloog.

De berekening van de tegemoetkoming zal gebeuren op basis van de aangeleverde bewijsstukken.

11.4. Geboorteforfeit

De VMOB voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming bij een geboorte voor zover het kind bij geboorte aangesloten wordt bij Medicalia. De tegemoetkoming zal toegekend worden mits voorlegging van een geboorte-attest, afgeleverd door de bevoegde instanties. Deze forfaitaire tegemoetkoming van 250 euro wordt éénmalig aan het kind uitgekeerd.

11.5. Cumulatie van terugbetalingen

De terugbetalingen die opgenomen zijn in Medicalia, mogen gecumuleerd worden met de terugbetalingen van Hospitalia en Hospitalia Plus vóór een ziekenhuisverblijf en met de nazorg, alsook met de terugbetalingen van de waarborg zware ziektes.

De eventuele terugbetaling kan nooit het bedrag van de gedekte waarborg overschrijden en zal a fortiori ook niet het bedrag kunnen overschrijden dat in werkelijkheid gefactureerd werd aan de verzekerde.

De terugbetalingen die opgenomen zijn in Medicalia kunnen niet gecumuleerd worden met de terugbetalingen voorzien in Hospitalia Ambulant.

12. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

12.1. Jaarlijks plafond

De tegemoetkoming voor de verstrekkingen wordt beperkt tot 1500 euro per verzekerde en per aansluitingsjaar.

Voor de tegemoetkomingen in het kader van de alternatieve therapieën is er een beperking van 600 euro per verzekerde en per aansluitingsjaar. Voor de tegemoetkomingen in het kader van de materialen is er eveneens een beperking van 600 euro per verzekerde en per aansluitingsjaar.

12.2. Verstrekkingen die niet gedekt worden door Medicalia

In het kader van de verzekering Medicalia, kent de VMOB geen tegemoetkoming toe voor:

- de kosten waarvan de facturering onwettig is/niet toegestaan is volgens de Belgische wetgeving;
- de geneesmiddelen;
- behandeling van logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten, psychologen, osteopaten, chiropractors, homeopaten, acupuncturisten, orthopedagogen die niet erkend zijn door het RIZIV, of niet voorkomen op de lijsten zoals gepubliceerd en gebruikt door de VMOB en haar afdelingen;
- de medische, farmaceutische en ziekenhuisverstrekkingen die van esthetische aard zijn, en/of die niet noodzakelijk zijn om te genezen;
- algemene tandzorgen (incl. de tandimplantaten en tandprothesen (en alle verstrekkingen die daarmee samenhangen));
- verstrekkingen van het type verjongingskuur.

13. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

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

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

13.2. 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 aangegane kosten.

Wanneer de schade geacht wordt gedekt te worden door het gemeenrecht of door een andere wetgeving, dan kan de VMOB voorlopig verstrekkingen toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding.

De VMOB zal in dit geval in alle rechten treden die de verzekerde kan uitoefenen ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding. De verzekerde kan en mag geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaande toestemming van de VMOB.

14. TEGEMOETKOMINGEN

14.1. Verjaring

De vordering tot betaling van verstrekkingen in het kader van de voordelen en elke andere vordering die afgeleid wordt uit het 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.

14.2. Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op terugbetalingen, moet de verzekeringsnemer in orde zijn met de betaling van zijn bijdragen en zal hij de bewijsstukken moeten indienen, die beschreven staan in de rubriek 'Terugbetalingen van Medicalia'. Om de voordelen van de dekking Medicalia te kunnen genieten, moet de verzekeringsnemer zich richten tot een erkende verstrekker.

15. 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.

16. COMMUNICATIEWIJZE EN TALEN

De VMOB communiceert met de verzekerden via verschillende kanalen:

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

17. 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
- 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 Tél. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75 info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

18. BELEID QUA BELANGENCONFLICTEN

Conform de wetgeving heeft de VMOB 'MLOZ Insurance' een 'Beleid qua belangenconflicten' 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 zetel van de VMOB of op www.mloz.be.