

# Avenant au 1<sup>er</sup> janvier 2019 aux Conditions générales Hospitalia au 01/01/2018

Conditions générales Hospitalia de la société mutualiste MLOZ Insurance  
votées par le Conseil d'Administration du 26 septembre 2018 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 26 octobre 2018

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (OZ - Omnimut - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités - Av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles.  
Siège social : **route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles** - Belgique  
(RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. - 25/10/2018



## Précisions

Ajouts (en gras) aux articles ci-après :

### 1. DEFINITIONS

**1.8. Implants et dispositifs médicaux** : tout ce qui est reconnu réglementairement, incluant la marge de délivrance et la marge de sécurité.

### 4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

#### 4.2. Exclusions de la garantie

Ne sont pas couverts, les frais d'hospitalisation et de soins afférents à une maladie ou un accident :

- ...
- résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit. Par délit, on vise également les délits requalifiés en contravention.

## Précisions relatives à l'affiliation aux services complémentaires

Ajouts (en gras) des règles relatives à l'affiliation obligatoire à l'assurance complémentaire des mutualités et des conséquences du non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire sur l'affiliation à MLOZ Insurance :

### 2. ADMISSION

2.1. Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Hospitalia et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 5 sections, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Omnimut, Partenamut, Freie Krankenkasse, OZ, Partena Ziekenfonds). Elle est tenue obligatoirement d'affilier les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf lorsque le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire du type "frais réels". La démission ou radiation d'un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s'affilier.

**2.2. Influence du non-paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité sur votre affiliation à MLOZ Insurance.** Il est important que vous soyez toujours en règle au niveau du paiement des cotisations aux services complémentaires de votre mutualité.

Le fait que vous ne soyez plus en règle à ce niveau peut avoir des conséquences importantes sur votre affiliation à MLOZ Insurance et sur les couvertures d'assurances que vous avez conclues.

#### 2.2.1. Conséquences au niveau de l'affiliation à MLOZ Insurance

Vous ne pourrez vous affilier à MLOZ Insurance que pour autant que vous n'ayez pas subi une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité suite au non-paiement des co-

tisations pour ces services sur une période consécutive de 24 mois.

#### 2.2.2 Conséquences au niveau du maintien de votre affiliation à MLOZ Insurance

Si vous êtes déjà affilié à MLOZ Insurance, celle-ci sera tenue légalement de mettre fin à votre affiliation, et donc à l'ensemble de vos couvertures, si vous êtes sanctionné par une perte de vos droits au niveau des services complémentaires de votre mutualité, suite au non-paiement des cotisations pour ces services durant une période consécutive de 24 mois. Cette exclusion automatique devra se faire indépendamment du fait que vous avez toujours payé régulièrement vos cotisations pour les assurances prises auprès de MLOZ Insurance. Vous ne pourrez ensuite vous réaffilier à MLOZ Insurance que pour autant que vous recommenciez à payer régulièrement vos cotisations pour les services complémentaires de votre mutualité (toute interruption de 6 mois de paiement de ces cotisations durant les 24 premiers mois de votre réaffiliation entraînera une nouvelle exclusion de MLOZ Insurance).

## Possibilité de communication par recommandé électronique qualifié

Ajout (en gras) à l'article :

### 3. CONCLUSION, DUREE ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

#### 3.2. Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est conclu à vie. Il prend néanmoins fin en cas de :

- résiliation par le preneur d'assurance, conformément aux modalités prévues par la loi du 4 avril 2014, moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le premier jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée **ou par recommandé électronique qualifié**, la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à MLOZ Insurance, soit via une des sections visées ci-dessus. Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas d'un changement de couverture hospitalière au sein d'Hospitalia.

### 8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA COTISATION

Le preneur est redevable de la cotisation à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année).

La cotisation est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.

Est considérée comme anticipative, toute cotisation reçue avant le premier jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année.

Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation avant le premier jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée **ou par recommandé électronique qualifié** le sommant de payer la cotisation dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste **ou du recommandé électronique qualifié**. Cette mise en demeure l'informe de la suspen-

sion de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ d'un délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d'office a lieu. Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation au terme d'un trimestre se verra d'office porter en compte une indemnité forfaitaire de 15 euros à titre de frais de rappel. Le preneur désaffilié ne pourra se réaffilier que pour autant qu'il ait acquitté toutes les cotisations échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

## Précisions relatives à la segmentation des assurances hospitalières

### Ajout (en gras) à l'article :

#### **9. SEGMENTATION ASSURANCES HOSPITALIERES**

Lors de l'affiliation à un contrat d'assurance, les compagnies d'assurances appliquent des critères de segmentation qui influencent tant l'accès au produit d'assurance que la détermination des cotisations et la portée de la garantie.

Vous trouverez, ci-dessous, un aperçu des différents critères que MLOZ Insurance utilise dans le cadre de ses assurances hospitalisation.

Ces critères dépendent du type de produit.

Les critères suivants pourraient être pris en considération :

##### **9.1. Lors de la prise de cours du contrat :**

9.1.1. L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de **traitement** et d'hospitalisation **ainsi que le montant des remboursements** augmentent avec l'âge. L'âge est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la cotisation.

a) L'accès peut être limité en fonction du produit choisi. Il n'y a pas d'âge limite pour Hospitalia.

b) Selon le produit choisi, l'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime.

9.1.2. L'état de santé, et plus particulièrement la présence d'une affection/état/maladie préexistant car le risque de traitement et d'hospitalisation peut se voir augmenté, ainsi que le montant des frais médicaux. Il peut également justifier que certains frais médicaux liés à un état, une affection ou une maladie préexistant ne soient pas couverts.

9.1.3. L'existence précédente d'une assurance similaire a un impact sur le stage : il pourra être réduit ou supprimé pour les assurés qui étaient couverts par une assurance similaire jusqu'à la date de leur affiliation auprès de MLOZ Insurance. Le stage sera réduit à due concurrence de la durée de ladite assurance.

MLOZ Insurance n'opère pas de distinction en fonction de la nature de l'assurance - mutualiste ou commerciale - par laquelle l'assuré était couvert avant son affiliation à MLOZ Insurance, sauf pour l'application de l'état préexistant en cas de grossesse (cf. 9.1.2.) :

- Pour les assurées couvertes précédemment par une assurance hospitalisation similaire de nature mutualiste, cette limitation ne sera appliquée que si l'accouchement se produit dans la période des 9 premiers mois, cumulant la période d'assurance auprès de la précédente SMA et d'Hospitalia, sans interruption.

- Lorsque l'affiliée bénéficiait au préalable d'une assurance similaire de nature commerciale, cette affiliée a droit, pendant les 9 premiers mois d'affiliation à Hospitalia, aux remboursements en cas d'accouchement avec une seule limitation : en cas de séjour en chambre particulière, les suppléments de chambre et d'honoraires ne seront pas remboursés.

Cette distinction pour les entités mutualistes belges est motivée par les raisons suivantes :

- La caractéristique spécifique des assurances mutualistes, à savoir le fait qu'un changement de mutualité implique la cessation de l'assurance auprès de la SMA correspondante, qui justifie un traitement souple des personnes auparavant affiliées à une autre SMA, considérant le faible risque d'anti-sélection dans ce contexte

- La préservation de la possibilité de changer de mutualité (liberté de choisir sa mutualité).

##### **9.2. Durant le contrat :**

9.2.1. L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de traitement et hospitalisation augmentent avec l'âge ainsi que le montant des débours. Le montant de la cotisation augmente dès lors en fonction de l'âge de l'assuré.

9.2.2. Le type de chambre : dans le cadre d'Hospitalia et d'Hospitalia Plus, le choix d'une chambre particulière entraîne l'application d'une franchise de € 150 par hospitalisation dans un hôpital réclamant plus de 200 % de suppléments d'honoraires par rapport au tarif de la convention. La liste de ces hôpitaux est consultable sur [www.hopitauxfranchise.be](http://www.hopitauxfranchise.be).

## Précisions sur l'adaptation de la cotisation

### Adaptations en gras dans l'article :

#### **10. ADAPTATION DE LA COTISATION, DES PRESTATIONS ET DES CONDITIONS GENERALES**

La cotisation, les conditions tarifaires et les conditions de couverture des prestations sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'assureur constitue sur base de critères actuariels et techniques d'assurance.

Sans préjudice des possibilités légales d'adaptation **et en dehors de leur adaptation à l'indice des prix à la consommation, ou à l'indice médical, rattaché à la garantie "chambre particulière", les cotisations ne peuvent être augmentées.**

Pour l'application de l'indexation, il sera procédé à une comparaison entre le taux de l'indice du mois d'avril de l'année en cours et le taux de l'indice du même mois de l'année précédente.

Cette variation du taux d'indice est exprimée en pourcentage et peut être appliquée à la cotisation et aux prestations en vigueur avant l'indexation.

**MLOZ Insurance a la possibilité de décider annuellement de ne pas faire usage ou de ne faire que partiellement usage des possibilités d'indexation des cotisations sur base de ces indices.**

Les cotisations seront néanmoins majorées en fonction des différentes taxes applicables en la matière.

## Liste 2019 des hôpitaux avec franchise en cas d'hospitalisation d'au moins une nuit en chambre particulière

### Ajout (en gras) à l'article :

#### **11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA**

##### **11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique**

##### **2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement :**

...

2.11. Une franchise de 150 euros par hospitalisation est appliquée en cas de séjour d'au moins une nuit en chambre particulière dans un hôpital réclamant plus de 200 % de suppléments d'honoraires par rapport au tarif de la convention. Le montant de cette franchise de 150 euros est déduit du total des remboursements.

Aucune franchise ne sera appliquée pour les hôpitaux s'engageant, dans le cadre de leur déclaration annuelle, à ne pas appliquer, pour toute l'année civile qui suit ladite déclaration, plus de 200 % de suppléments d'honoraires.

La liste des hôpitaux concernés par l'application de la franchise est établie avec application au 1<sup>er</sup> janvier.

La nouvelle liste sera applicable à tous les cas d'assurance dont le début du séjour coïncide ou est postérieur à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle liste.

La liste 2019 des hôpitaux réclamant plus de 200 % est la suivante :

- C.H. EPICURA (RHMS) - Ath, Hornu, Baudour
- C.H.U. DE TIVOLI - La Louvière
- C.H.U. - J. BORDET - Bruxelles
- C.H.U. AMBROISE PARE - Mons
- C.M.P. LA RAMEE - Bruxelles
- CHIREC (Edith Cavell, Basilique, Parc Léopold, Ste-Anne/St-Remi, Braine-l'Alleud-Waterloo et Delta) - Bruxelles et Braine-l'Alleud
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosselies)
- CLINIQUE SAINT JEAN - Bruxelles
- CLINIQUES DE L' EUROPE - Bruxelles
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC - Bruxelles
- HOPITAL BRUGMANN - Bruxelles

- HOPITAUX D'IRIS SUD (Baron Lambert, Etterbeek-Ixelles, Bracops et Molière) - Bruxelles
- 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

Cette liste est consultable via [www.hopitauxfranchise.be](http://www.hopitauxfranchise.be).

## Précisions des interventions

### 11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA

#### 11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement :

2.8. de prothèses, implants, dispositifs médicaux non implantables et autres fournitures :

- ...
- prothèses, implants et dispositifs médicaux non implantables, non remboursables en assurance obligatoire à concurrence de 50 % du montant des coûts sur la facture, avec un maximum de € 1.250 par cas d'hospitalisation pour autant que le montant facturé par l'hôpital soit identifiable comme étant le prix facturé pour une prothèse, un implant ou un dispositif médical non implantable. Il peut être dérogé à ce plafond, dans des situations médicales lourdes, par le conseiller médical, pour des traitements "evidence-based" et ce, sur la base du dossier médical de l'assuré. En cas de frais à charge du patient de € 10.000 ou plus, un remboursement de € 2.500 pourra être octroyé au maximum une fois par an ;

#### Frais de rappel en cas de non-remboursement de l'acompte réclamé

### 11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA

#### 11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

3. Remboursement des acomptes légaux versés à l'hôpital, au plus tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital prouvant le paiement de tels acomptes, à condition que le preneur puisse bénéficier des interventions de MLOZ Insurance sans limitations pour maladies ou affections ou états préexistants. S'il s'avère a posteriori que l'hospitalisation ne peut être couverte ou si le montant de l'acompte est supérieur à l'intervention de MLOZ Insurance ou si le preneur ne présente pas sa facture, les sommes indues seront récupérées.

**Le preneur se verra d'office porter en compte un montant forfaitaire de € 15 à titre de frais de rappel, en cas de non-remboursement du trop-perçu réclamé.**

## Précisions

### 14. CUMUL DES COUVERTURES

14.1. Il n'est pas tenu compte des frais dans la mesure où ceux-ci peuvent être couverts par :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et ses A.R. d'exécution et par l'A.R. du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et A.R. d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et A.R. d'exécution) ;
- les règlements européens n° 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique ;
- l'assurance complémentaire des mutualités ;

- le service "soins urgents à l'étranger" des mutualités.

Les suppléments couverts sont donc déterminés par référence à ces interventions. Si l'assuré, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs de ces interventions, MLOZ Insurance intervient de la même manière que pour un assuré ayant droit à ces interventions.

Pour que MLOZ Insurance puisse accorder ses interventions, il est indispensable qu'au cours de l'hospitalisation, une des prestations médicales au moins soit reprise dans la liste des prestations remboursables par Hospitalia et soit remboursée en assurance obligatoire.

De cette dernière condition, il est dérogé si le preneur, pour l'un ou l'autre motif, n'est pas en droit de faire appel à une ou plusieurs des interventions ci-dessus. Dans ce cas, MLOZ Insurance intervient de la même manière que pour un assuré ayant droit à ces interventions.

## Autorisation des factures transmises par voie digitale

### 15. INTERVENTIONS

#### 15.1. Prescription

L'action en paiement des prestations dans le cadre des avantages et toute autre action dérivant du contrat d'assurance se prescrivent par un délai de 3 ans à compter du jour de l'événement qui y donne ouverture, soit le jour de réalisation du risque couvert.

#### 15.2. Contrôle médical

Les prestations ne sont accordées que sous réserve du droit pour MLOZ Insurance de faire contrôler à tout moment par le conseiller médical, l'état de santé de l'assuré et le bien-fondé des prestations.

#### 15.3. Paiement des avantages

Pour avoir droit aux remboursements, le preneur doit être en ordre de cotisations.

Pour obtenir les avantages prévus dans Hospitalia, le preneur remplira un document "Demande d'intervention" délivré par MLOZ Insurance et fournira à celle-ci toutes les pièces justificatives étayant ses débours, dont l'original des factures hospitalières. Par pièce justificative relative aux frais hospitaliers, on entend l'original de l'extrait de la note d'hospitalisation ou la facture scannée par l'hôpital ou par l'assuré ou la facture transmise sur tout autre support durable.

...

Les pièces justificatives transmises à MLOZ Insurance par voie digitale en vue de l'obtention d'une intervention sont autorisées. Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). MLOZ Insurance se réserve le droit de réclamer l'original à l'assuré qui doit le conserver ou devra supporter les éventuels coûts de duplicata.

## Diverses autres précisions

### 16. TRAITEMENT DES DONNÉES

Le preneur d'assurance déclare :

- autoriser MLOZ Insurance à recueillir et à traiter les données et informations à caractère personnel et médical. Les données à caractère médical sont recueillies et traitées sous la surveillance et la responsabilité d'un professionnel des soins de santé attaché à MLOZ Insurance.
- autoriser MLOZ Insurance à utiliser les données à caractère médical afin de conclure, de gérer et d'exécuter son contrat d'assurance.

L'assureur déclare que les informations et données à caractère personnel et médical ne sont recueillies, traitées et utilisées qu'à la réalisation de ces finalités et que, par rapport à ces finalités, les informations et données recueillies sont adéquates, pertinentes et non excessives.

**Le preneur d'assurance peut prendre connaissance de la politique en matière de vie privée de MLOZ Insurance via le lien [www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance](http://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance), ou sur simple demande en agence ou par courrier (MLOZ - DPO, Route de Lennik 788A à 1070**

Bruxelles).

### **18. PLAINTES**

Pour ce qui n'est pas stipulé au contrat d'assurance, les dispositions légales belges sont applicables.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à la section à laquelle vous êtes affilié.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser au coordinateur plaintes de MLOZ Insurance par e-mail à [complaints@mloz.be](mailto:complaints@mloz.be) ou par courrier à MLOZ Insurance - coordinateur plaintes - Route de Lennik, 788A à 1070 Bruxelles.

Si vous aviez une plainte concernant nos prestations de service que nous n'avons pas pu régler ensemble, vous pouvez contacter le service Ombudsman Assurances dont le siège est situé :

square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles

Tél. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75


[info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as) - [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as)

### **20. DROIT APPLICABLE**

Le droit belge est d'application aux relations précontractuelles et aussi au contrat d'assurance.

## 7. Cotisations au 01/01/2019

Montants mensuels en euros au 01/01/2019, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge

|   |  |                        |                              |                          |                             |
|---|--|------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|  | Prime commerciale, taxes et contributions comprises, à payer | Taxes et contributions | Prime commerciale hors taxes | dont frais d'acquisition | dont frais d'administration |
|   |  | Cotisation INAMI 10 %  |                              | 4,10 %                   | 2,60 %                      |

| Affiliation au produit Hospitalia  |       |      |       |      |      |
|--|-------|------|-------|------|------|
| <b>• Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans*</b> |       |      |       |      |      |
| moins de 18 ans  | 4,29  | 0,39 | 3,90  | 0,16 | 0,10 |
| de 18 à 24 ans   | 5,59  | 0,51 | 5,08  | 0,21 | 0,13 |
| de 25 à 49 ans   | 11,96 | 1,09 | 10,87 | 0,45 | 0,28 |
| de 50 à 59 ans   | 14,76 | 1,34 | 13,42 | 0,55 | 0,35 |
| 60 ans et plus   | 31,93 | 2,90 | 29,03 | 1,19 | 0,75 |
| <b>• Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans*</b>                                  |       |      |       |      |      |
| 46 à 49 ans (+5 %)   | 12,55 | 1,14 | 11,41 | 0,47 | 0,30 |
| 50 à 59 ans (+5 %)   | 15,50 | 1,41 | 14,09 | 0,58 | 0,37 |
| 60 ans et plus (+5 %)  | 33,52 | 3,05 | 30,47 | 1,25 | 0,79 |
| <b>• Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans*</b>                                  |       |      |       |      |      |
| 49 ans (+10 %)**   | 13,16 | 1,20 | 11,96 | 0,49 | 0,31 |
| 50 à 59 ans (+10 %)  | 16,23 | 1,48 | 14,75 | 0,60 | 0,38 |
| 60 ans et plus (+10 %)   | 35,11 | 3,19 | 31,92 | 1,31 | 0,83 |
| <b>• Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans*</b>                                  |       |      |       |      |      |
| 55 à 59 ans (+50 %)  | 22,14 | 2,01 | 20,13 | 0,83 | 0,52 |
| 60 ans et plus (+50 %)   | 47,90 | 4,35 | 43,55 | 1,79 | 1,13 |
| <b>• Après le 01/01/1994 jusqu'au 30/06/2014, à l'âge de 60 ans et plus*</b>       |       |      |       |      |      |
| 59 ans (+70 %)**   | 25,09 | 2,28 | 22,81 | 0,94 | 0,59 |
| 60 ans et plus (+70 %)   | 54,28 | 4,93 | 49,35 | 2,02 | 1,28 |
| <b>• A partir du 01/07/2014, à l'âge de 60 ans et plus*</b>                        |       |      |       |      |      |
| À partir du 01/07/2014 entre 60 et 70 ans*   | 54,28 | 4,93 | 49,35 | 2,02 | 1,28 |
| À partir du 01/07/2014 entre 71 et 75 ans*   | 57,47 | 5,22 | 52,25 | 2,14 | 1,36 |
| À partir du 01/07/2014 à 76 ans et plus*   | 60,67 | 5,52 | 55,15 | 2,26 | 1,43 |

\* A la date de début de l'affiliation

\*\* Âge au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'affiliation

Votre attention est attirée sur le fait qu'une comparaison entre plusieurs contrats d'assurance ne doit pas se limiter à comparer l'estimation des coûts et frais de chaque contrat mais doit également prendre en considération d'autres éléments, tels que l'étendue des garanties, le montant des franchises éventuelles ou les clauses d'exclusion.

Les estimations communiquées ci-dessus permettent de mieux apprécier la partie de la prime qui sert à couvrir le risque assuré par le contrat d'assurance. Le solde de la prime, après déduction des taxes et contributions ainsi que des frais d'acquisition et d'administration, représente en effet la part de la prime affectée à l'exécution des prestations contractuelles ainsi que les frais non mentionnés ci-dessus (y inclus le coût mutualisé des sinistres et de leur gestion).

Ces estimations sont calculées sur la base des données comptables du dernier exercice comptable de l'entreprise d'assurances telles qu'approuvées par son Assemblée Générale.

### Les autres articles restent inchangés.

Les conditions générales d'Hospitalia au 01/01/2019 peuvent être consultées via ce lien : [www.condgen.be](http://www.condgen.be).

Une copie papier peut également être obtenue sur simple demande par téléphone, e-mail ou dans une agence de votre mutualité.