

Avenant au 1^{er} janvier 2021

aux Conditions générales Forfait H au 01/01/2020

Conditions générales Forfait H de la société mutualiste MLOZ Insurance
votées par le Conseil d'Administration du 23 septembre 2020 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 23 octobre 2020

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (OZ
- 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

Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles) -
www.mloz.be - N° d'entreprise: 422.189.629. - 23/10/2020



Précisions

Changements (en gras) à l'article :

1. DEFINITIONS

1.5 Hospitalisation de jour

Par hospitalisation de jour, on entend exclusivement :

- **une admission et un séjour dans un hôpital agréé sans nuitée et où le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables. Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médicotecniques sous la surveillance et la direction d'un médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins adéquates ;**
- une fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » agréée sur la base des dispositions prévues par l'AR du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée.

Précisions

Ajouts (en gras) à l'article :

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

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance peut être conclu à distance. Tout contrat conclu à distance est conclu au moment où l'assureur reçoit la « Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit » dûment complétée et signée par le preneur (pour autant que la 1^{ère} prime soit reçue par MLOZ Insurance au plus tard le dernier jour du 3^{ème} mois qui suit la date d'affiliation).

Le preneur d'assurance et l'assureur disposent d'un délai de 14 jours **à compter de l'envoi de la lettre d'acceptation par MLOZ Insurance**, pour résilier le contrat d'assurance sans pénalité et sans obligation de motivation.

La résiliation par le preneur est effective au moment de la notification de la résiliation à l'assureur, celle venant de l'assureur 8 jours après sa notification au preneur d'assurance.

L'exercice de ce droit se fait selon les modalités habituelles de désaffiliation reprises au point 3.2.

Amélioration de la couverture

Ajouts (en gras) aux articles :

11. REMBOURSEMENTS DU FORFAIT H

Le Forfait H intervient dans les frais supportés durant une hospitalisation ou une hospitalisation de jour en Belgique à concurrence d'un montant forfaitaire journalier de € 12,35.

L'intervention est due en cas d'hospitalisation dans un service agréé, soit les suivants :

- 19 (n) section des soins néonataux non intensifs
- 21 (C) service de diagnostic et de traitement chirurgical
- 22 (D) service de diagnostic et de traitement médical
- 23 (E) service de pédiatrie
- 24 (H) service d'hospitalisation simple
- 25 (L) service des maladies contagieuses
- 26 (M) service de maternité
- 27 (N) service des soins néonataux intensifs
- 29 unité de traitement des grands brûlés
- 30 (G) service de gériatrie et de revalidations
- 34 (K) service de psychiatrie infantile (jour et nuit)
- 37 (A) service neuropsychiatrique (jour et nuit)
- 41 (T) service psychiatrique (jour et nuit)
- 48 (IB) service de traitement intensif des patients psychiatriques**
- 49 (I) service de soins intensifs
- 61 à 66 (Sp) services spécialisés :
 - 61 affections cardio-pulmonaires
 - 62 affections locomotrices
 - 63 affections neurologiques
 - 64 affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
 - 65 polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
 - 66 affections psychogériatriques

Limitations :

En cas de séjour dans un service G ou Sp, MLOZ Insurance intervient dans les frais, à concurrence des 25 premiers jours maximum, par cas d'hospitalisation. En cas de nouvelle hospitalisation en service G ou Sp, MLOZ Insurance n'interviendra, que pour autant qu'un délai de 6 jours calendrier, minimum, se soit écoulé depuis la fin de l'hospitalisation précédente. Toutefois, lorsque ce délai n'est pas écoulé, MLOZ Insurance interviendra pour le solde de 25 jours non remboursés lors de l'hospitalisation précédente.

En cas de séjour dans un service 34, 37, 41 **et 48**, MLOZ Insurance intervient dans les frais à concurrence de maximum 10 jours par an.

7. PRIMES AU 01/01/2021

Montants mensuels en euros au 01/01/2021, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2021

Tranches d'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 0 %		3,26 %	1,95 %

Affiliés au produit Forfait H

• Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans*

moins de 18 ans	0,55	0,00	0,55	0,02	0,01
de 18 à 24 ans	0,95	0,00	0,95	0,03	0,02
de 25 à 49 ans	1,76	0,00	1,76	0,06	0,03
de 50 à 59 ans	2,50	0,00	2,50	0,08	0,05
60 ans et plus	5,92	0,00	5,92	0,19	0,12

• Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans*

46 à 49 ans (+5 %)	1,85	0,00	1,85	0,06	0,04
50 à 59 ans (+5 %)	2,63	0,00	2,63	0,09	0,05
60 ans et plus (+5 %)	6,22	0,00	6,22	0,20	0,12

• Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans*

à 49 ans (+10 %) **	1,94	0,00	1,94	0,06	0,04
50 à 59 ans (+10%)	2,75	0,00	2,75	0,09	0,05
60 ans et plus (+10%)	6,51	0,00	6,51	0,21	0,13

• Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans*

55 à 59 ans (+50%)	3,75	0,00	3,75	0,12	0,07
60 ans et plus (+50 %)	8,88	0,00	8,88	0,29	0,17

• Après le 01/01/1994, entre 60 et 64 ans*

à 59 ans (+70 %) **	4,25	0,00	4,25	0,14	0,08
60 ans et plus (+70%)	10,06	0,00	10,06	0,33	0,20

* A la date de début de l'affiliation.

** Âge au 1er 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 du Forfait H au 01/01/2021 peuvent être consultées via ce lien : www.condgen.be.
Une copie papier peut également être obtenue sur simple demande par téléphone, e-mail ou dans une agence de votre mutualité.