

Verzekeringen CM-Vlaanderen

Maatschappij van Onderlinge Bijstand

Gevestigd te 1031 Brussel, Haachtsesteenweg 579

Statuten geldig vanaf 1 januari 2020

Onderneming toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, bij beslissing van 17 oktober 2011, om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen aan te bieden, alsook om, op bijkomende wijze, risico's te dekken die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd koninklijk besluit.

Toelating verstrekt onder codenummer 150/01.

Gelet op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen en haar uitvoeringsbesluiten, hierna de wet van 6 augustus 1990 genoemd;

gelet op de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), hierna de wet van 26 april 2010 genoemd;

gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten, hierna de wet van 14 juli 1994 genoemd;

gelet op de wet van 13 maart 2016 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en haar uitvoeringsbesluiten, hierna de controlewet genoemd;

gelet op de wet van 4 april 2014 en haar uitvoeringsbesluiten, hierna de verzekeringswet genoemd;

heeft de Algemene Vergadering, samengekomen op 16 oktober 2019 beslist, met het bij de wet vereiste aanwezigheidsquorum en de bij de wet vereiste meerderheid van stemmen, om de statuten van de Maatschappij van Onderlinge Bijstand te wijzigen zoals hieronder beschreven.

HOOFDSTUK I : Stichting - benaming - doeleinden

ARTIKEL 1.

Een Maatschappij van Onderlinge Bijstand is gesticht te Gent op 31 januari 1986 onder de benaming: 'Christelijke Maatschappij van Onderlinge Bijstand Hospitalisatiedienst van Oost-Vlaanderen', erkend bij KB van 13 juni 1986.

Vanaf 1 januari 2003 neemt de Christelijke Maatschappij van Onderlinge Bijstand de nieuwe benaming 'CM-Vlaanderen - Maatschappij van Onderlinge Bijstand' aan.

Vanaf 1 januari 2003 neemt de Maatschappij van Onderlinge Bijstand de juridische vorm aan zoals voorzien bij artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990.

Vanaf 1 januari 2012 wordt de MOB CM-Vlaanderen, overeenkomstig artikel 70 §7 van de wet van 6 augustus, omgevormd tot MOB 'Verzekeringen CM-Vlaanderen' in het kader van de wet van 26 april 2010;

De naam 'Maatschappij van Onderlinge Bijstand CM-Vlaanderen', wordt bij de omvorming veranderd in 'Maatschappij van Onderlinge Bijstand Verzekeringen CM-Vlaanderen'.

De Maatschappij van Onderlinge Bijstand, hierna genoemd MOB, is onderworpen aan:

- de wet van 6 augustus 1990 en haar uitvoeringsbesluiten;
- de wet van 26 april 2010 en haar uitvoeringsbesluiten;
- de controlewet van 13 maart 2016, haar uitvoeringsbesluiten en-reglementen;
- de verzekeringswet van 4 april 2014 en haar uitvoeringsbesluiten;
- artikel 176-2 van het Wetboek diverse rechten en taksen, rekening houdend met de wet van 11 juni 2010 tot invoering van een vrijstelling van de jaarlijkse taks op de verzekeringsverrichtingen ten voordele van de ziektekostenverzekeringen die een hoog niveau van bescherming aanbieden.
- De circulaires en mededelingen van de NBB met betrekking tot de verzekeringen en de mededelingen van de controledienst voor de ziekenfondsen

ARTIKEL 2.

De MOB heeft tot doel: het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit.

Met dit doel voor ogen, biedt de MOB ziekteverzekeringen aan in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het koninklijk besluit van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, alsook, op bijkomende wijze, een dekking van de risico's die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemd koninklijk besluit.

Meer bepaald biedt de MOB volgende verzekeringen aan:

- CM-Hospitaalfix
- CM-Hospitaalfix Extra
- CM-Forhos Oost-Vlaanderen
- CM-Hospitaalplan
- CM-MediKo Plan

De aangeboden verzekeringen zijn facultatief in hoofde van de aangesloten ziekenfondsen, in die zin dat de ziekenfondsen de keuze hebben om al dan niet aan te sluiten bij deze verzekeringen.

De aangeboden verzekeringen zijn facultatief in hoofde van de leden van de aangesloten ziekenfondsen, in die zin dat de leden de keuze hebben om al dan niet aan te sluiten bij deze verzekeringen.

ARTIKEL 3.

De maatschappelijke zetel van de MOB is gevestigd op de Haachtsesteenweg 579 te 1031 Brussel en haar werkingsgebied strekt zich uit over het werkingsgebied van de in artikel 5 opgesomde ziekenfondsen.

De MOB richt zich tot de leden van de bij de MOB aangesloten ziekenfondsen en hun personen ten laste.

ARTIKEL 4.

De MOB is net als alle ziekenfondsen die haar samenstellen, aangesloten bij de 'Landsbond der Christelijke Mutualiteiten'

ARTIKEL 5.

De volgende ziekenfondsen zijn aangesloten bij de MOB 'Verzekeringen CM-Vlaanderen':

- 101 Christelijke Mutualiteit van het Arrondissement Antwerpen;
- 105 Christelijke Mutualiteit regio Mechelen-Turnhout;
- 108 Christelijk ziekenfonds Sint-Pietersbond;
- 110 Christelijke Mutualiteit Brugge;
- 111 Christelijke Mutualiteit Zuid-West-Vlaanderen;
- 112 Christelijke Mutualiteit Oostende - Veurne - Diksmuide;
- 113 Christelijke Mutualiteit Roeselare-Tielt;
- 120 Christelijke Mutualiteit Midden-Vlaanderen;
- 121 Christelijke Mutualiteit van het Land van Waas en Dendermonde;
- 126 Christelijk ziekenfonds Sint-Michielsbond;
- 131 Christelijke Mutualiteit Limburg.

ARTIKEL 6.

Een ziekenfonds dat na de oprichting wenst aan te sluiten of zijn aansluiting wenst uit te breiden tot bepaalde verzekeringen, richt een schriftelijk verzoek tot de voorzitter van de MOB.

Deze aanvraag, ondertekend door de voorzitter en secretaris van het ziekenfonds moet vermelden:

- de benaming van het ziekenfonds en zijn maatschappelijke zetel;
- de datum van zijn stichting en van zijn wettelijke erkenning;
- de verzekeringen waarbij het ziekenfonds wenst aan te sluiten.

Daarenboven moet het ziekenfonds, dat zijn aansluiting aanvraagt, de verbintenis aangaan zich te schikken naar de statuten en bijzondere reglementen van de MOB en naar alle beslissingen die overeenkomstig de statutaire en wettelijke voorschriften werden genomen en zullen genomen worden. Het moet bovendien bij zijn aanvraag een exemplaar van zijn statuten voegen.

De Algemene Vergadering van de MOB spreekt zich uit over de aanvragen tot aansluiting. De beslissing tot toetreding wordt geldig genomen indien minstens de helft van de stemgerechtigde leden aanwezig of vertegenwoordigd is en bij beslissing met twee derde meerderheid. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet bereikt is, wordt een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen die geldig beraadslaagt, ongeacht het aantal aanwezige en vertegenwoordigde leden.

HOOFDSTUK II: Aansluiting en uitsluiting van leden bij de MOB

ARTIKEL 7.

De leden van de bij de MOB aangesloten ziekenfondsen, worden lid van de MOB van zodra zij tegen betaling van de gevraagde premie aangesloten zijn bij een verzekering die door de MOB wordt aangeboden.

De MOB houdt een lijst bij van haar leden, per aangesloten ziekenfonds, met vermelding van: hun naam, voornamen, identificatienummer bij het Rijksregister van de natuurlijke personen, hoedanigheid van titularis of persoon ten laste in hun ziekenfonds wat de verplichte verzekering betreft, en beroeps categorie.

ARTIKEL 8.

Men verliest de hoedanigheid van lid van de Maatschappij van Onderlinge Bijstand van zodra men niet langer lid is bij een ziekenfonds dat bij de MOB is aangesloten of van zodra men niet langer is aangesloten bij een verzekering die door de MOB wordt aangeboden.

ARTIKEL 9

Wanneer men gedurende 24 maanden voorafgaand aan het moment van aansluiting bij de MOB in regel is met de bijdragen voor de verplichte aanvullende verzekering van het ziekenfonds en zo de hoedanigheid heeft van een lid dat de voordelen van de verplichte aanvullende verzekering kan genieten, kan men aansluiten bij de MOB.

Gevolg van de niet-betaling van de bijdragen van de verplichte aanvullende verzekering op de mogelijkheid om lid te worden van de MOB

- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de verplichte aanvullende verzekering is opgeschort, kan men nog aansluiten bij de MOB.
- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de verplichte aanvullende verzekering is opgeheven, kan men niet aansluiten bij de MOB.

Gevolg van de niet-betaling van de bijdragen van de verplichte aanvullende verzekering op de mogelijkheid om lid te blijven van de MOB

- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de verplichte aanvullende verzekering is opgeschort, kan men lid blijven van de MOB.
- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de verplichte aanvullende verzekering is opgeheven, kan men niet langer lid blijven van de MOB.

Onder "verplichte aanvullende verzekering" wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid,

van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering , georganiseerd door een aangesloten ziekenfonds, door de landsbond en door de maatschappij van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Een lid waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de verplichte aanvullende verzekering werd opgeheven, kan opnieuw genieten van de voordelen van de verplichte aanvullende verzekering na het volbrengen van een wachttijd van 24 maanden waarin hij bijdragen betaalt zonder dat hij effectief van een voordeel kan genieten. Tijdens deze wachttijd kan men ook opnieuw aansluiten bij de MOB.

Indien gedurende deze periode van 24 maanden een vertraging van zes maanden bestaat in de betaling van de bijdragen verliest men terug het recht om lid te zijn van de MOB. Deze periode van zes maanden wordt opgeschort:

- wanneer de persoon die niet in regel is met de betaling van de bedoelde bijdragen zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt;
- gedurende de periode waarin de persoon de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering.

HOOFDSTUK III: Organen van de Maatschappij van Onderlinge Bijstand

AFDELING 1 *Algemene Vergadering*

ARTIKEL 10.

De Algemene Vergadering is samengesteld uit 80 afgevaardigden van de aangesloten ziekenfondsen. Zij worden voor de duur van 6 jaar verkozen door de Algemene Vergaderingen van de ziekenfondsen.

Elk ziekenfonds heeft recht op het aantal vertegenwoordigers pro rata het aantal verzekerden die aangesloten zijn bij minstens één van de door de MOB aangeboden verzekeringen. De berekening van het aantal vertegenwoordigers gebeurt op basis van de ledenaantallen op 30 juni van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin het mandaat van de afgevaardigden aanvangt.

Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder lid, de leden zoals bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 26 augustus 2010, tot uitvoering van artikelen 2, §3, tweede lid, 14, §3, en 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990, wat de maatschappijen van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, §5, en in artikel 70, §7, van dezelfde wet betreft.

De leden van de Algemene Vergadering ontvangen enkel een verplaatsingsvergoeding.

ARTIKEL 11.

Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger in de Algemene Vergadering moeten de kandidaten aan volgende voorwaarden voldoen:

- stemgerechtigd lid zijn van de Algemene Vergadering van een van de bij de MOB aangesloten ziekenfondsen;
- lid zijn van de MOB;
- meerderjarig of ontvoegd zijn en van goed zedelijk gedrag zijn;
- in regel zijn met de premies van de MOB;
- geen lid zijn van het personeel van de MOB of van een aangesloten ziekenfonds.

ARTIKEL 12.

Kandidaatstelling tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de MOB gebeurt per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds, ten laatste vijftien kalenderdagen voor de datum waarop de Algemene Vergadering van het ziekenfonds zijn afgevaardigden zal verkiezen. De poststempel dient hierbij als bewijs.

ARTIKEL 13.

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds draagt de kandidaten voor en stelt de volgorde vast waarin de kandidaten voorkomen op de lijst die ter stemming wordt voorgelegd aan de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

ARTIKEL 14.

De stemming is geheim. De kandidaten worden verkozen in de volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat, wordt het mandaat toegekend aan de jongste kandidaat.

De niet verkozen kandidaten worden in dezelfde volgorde aangeduid als opvolgers.

Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of kleiner is dan het aantal toe te kennen mandaten, dan worden deze kandidaten automatisch verkozen.

ARTIKEL 15.

Afgevaardigden die hun hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering van een van de aangesloten ziekenfondsen verliezen, verliezen tegelijk ook hun hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering van de MOB.

De opvolging van een overleden of ontslagnemend afgevaardigde van een ziekenfonds vindt plaats op de volgende Algemene Vergadering van de MOB. De verkozen opvolger beëindigt het mandaat van de afgevaardigde die hij vervangt.

ARTIKEL 16.

De Algemene Vergadering kan maximum vijf raadgevers aanduiden, op voordracht van de Raad van Bestuur. Deze raadgevers wonen de Algemene Vergadering bij met raadgevende stem.

De secretaris, en de leden van het Directiecomité van de MOB wonen de Algemene Vergadering bij met raadgevende stem.

ARTIKEL 17.

De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de volgende aangelegenheden:

- de statutenwijzigingen;
- de premies;
- de verkiezing en afzetting van de bestuurders;
- de goedkeuring van de begrotingen en jaarrekeningen;
- de kwijting van de bestuurders en de revisoren;
- de aanstelling van één of meer bedrijfsrevisoren;
- de samenwerking met de publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen;
- de toetreding van een ziekenfonds tot de MOB;
- de omvorming van de MOB tot een door de controlewet van 13 maart 2016 andere voorziene vorm van verzekeringsmaatschappij;
- de fusie met een andere MOB in de zin van art. 43, §5 van de wet van 06 augustus 1990;
- de ontbinding van de MOB en de handelingen betreffende de vereffening van de MOB.

De beslissingen van de Algemene Vergadering worden geldig genomen indien minstens de helft van de stemgerechtigde leden aanwezig of vertegenwoordigd is. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet bereikt is, wordt een tweede Algemene Vergadering met dezelfde agenda bijeengeroepen die geldig beraadslaagt, ongeacht het aantal aanwezige en vertegenwoordigde leden.

Elk aanwezig en elk rechtsgeldig vertegenwoordigd stemgerechtigd lid van de Algemene Vergadering beschikt over één stem.

Een stemgerechtigd lid dat niet aan de Algemene Vergadering kan deelnemen, kan zich door middel van een schriftelijke volmacht laten vertegenwoordigen door een ander stemgerechtigd lid van de

Algemene Vergadering. Elk lid van de Algemene Vergadering kan slechts houder zijn van één volmacht.

In geval van stemming over een verzekering, hebben de afgevaardigden van niet bij deze verzekering aangesloten ziekenfondsen geen stemrecht.

De beslissingen van de Algemene Vergadering worden genomen bij gewone meerderheid van de uitgebrachte stemmen van de aanwezige of vertegenwoordigde stemgerechtigde leden, behalve in de gevallen waar de wet het anders bepaalt.

Bij statutenwijziging is een beslissing met meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen van de aanwezige of vertegenwoordigde stemgerechtigde leden nodig.

Elk voorstel tot wijziging van de statuten wordt aan de Raad van Bestuur voorgelegd.

De Algemene Vergadering kan haar bevoegdheid om te beslissen over de aanpassingen van de premies aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

ARTIKEL 18.

De Algemene Vergadering wordt door de Raad van Bestuur bijeengeroepen, uiterlijk twintig kalenderdagen voor de datum van de Algemene Vergadering, bij individueel bericht dat de agenda van deze vergadering bevat.

In geval de Algemene Vergadering een tweede keer bijeengeroepen moet worden omdat op de eerste vergadering het aanwezigheidsquorum niet werd bereikt, volstaat het om het individueel bericht tot bijeenroeping acht kalenderdagen op voorhand te versturen. Deze tweede Algemene Vergadering vindt plaats binnen de zes weken na de eerste Algemene Vergadering.

De Algemene Vergadering wordt ten minste eenmaal per jaar samengeroepen met het oog op de goedkeuring van de jaarrekening en de begroting. Elk lid van de Algemene Vergadering moet uiterlijk acht kalenderdagen voor de datum van deze Algemene Vergadering over documentatie beschikken, die de volgende gegevens bevat:

- het activiteitenverslag van het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de verschillende verzekeringen;
- de opbrengst van de premies en hun wijze van aanwending, opgesplitst over de verschillende verzekeringen;
- het ontwerp van jaarrekening, omvattende de balans, de resultatenrekening en de toelichting, evenals het verslag van de revisor;
- het ontwerp van begroting voor het volgende dienstjaar zowel globaal als opgesplitst over de verschillende verzekeringen;
- het verslag, bedoeld in artikel 43, §4, van de wet van 6 augustus 1990, over de uitvoering van de gesloten akkoorden en de eventuele middelen die werden voorzien.

De Algemene Vergadering wordt bijeengeroepen wanneer ten minste een vijfde van haar leden daar om vraagt.

ARTIKEL 19.

De Algemene Vergadering stelt de bedrijfsrevisor aan voor een hernieuwbare periode van drie jaar.

De bedrijfsrevisor wordt aangesteld en oefent zijn opdracht uit overeenkomstig artikel 330 en volgende van de controlewet van 13 maart 2016.

AFDELING 2

Raad van Bestuur

ARTIKEL 20.

De Raad van Bestuur telt maximaal 31 bestuurders die niet behoren tot het Directiecomité van de MOB en is samengesteld als volgt:

1. 19 bestuursmandaten te verdelen over de ziekenfondsen pro rata het aantal verzekerden die aangesloten zijn bij minstens een van de door de MOB aangeboden verzekeringen. Elk ziekenfonds heeft recht op minstens één afgevaardigde.
Voor de berekening van het aantal vertegenwoordigers wordt het aantal verzekerden genomen op 30 juni van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin het mandaat van de afgevaardigden aanvangt;
2. Maximum 8 bestuursmandaten voorgedragen door de uittredende Raad van Bestuur waarbij erop toegezien wordt dat het totaal aantal bestuurders die ziekenfondsen vertegenwoordigen minimaal twee derde van het totaal aantal bestuursmandaten bedraagt;
3. de secretaris, de schatbewaarder en de leden van het Directiecomité, voorgedragen door de Raad van Bestuur;
4. Drie onafhankelijke bestuurders in de zin van artikel 526ter van het Wetboek van Vennootschappen, die beschikken over de nodige deskundigheid op het gebied van boekhouding en/of audit.

Het aantal bestuurders van de Raad van Bestuur is niet groter dan de helft van het aantal leden van de Algemene Vergadering.

De Raad van Bestuur mag voor maximum één vierde zijn samengesteld uit personen die door de MOB worden bezoldigd.

In de Raad van Bestuur kunnen maximum vijf raadgevers zetelen. Ze hebben geen stemrecht. De raadgevers worden aangeduid door de Raad van Bestuur.

ARTIKEL 21.

De kandidaat bestuurders van de ziekenfondsen worden voorgedragen door de Raad van Bestuur van het ziekenfonds waarvan zij de afgevaardigde zijn.

Vooraleer over te gaan tot de verkiezing van de andere bestuurders, worden eerst de onafhankelijke bestuurders bedoeld in artikel 20 eerste lid punt 4, verkozen.

Zonder afbreuk te doen aan het recht van elk lid van de Algemene Vergadering om zich kandidaat te stellen als bestuurder stelt de uittredende Raad van Bestuur van de MOB voor elk van de ziekenfondsen een lijst samen met de kandidaten bedoeld in punt 1 en 2 van het eerste lid van artikel 20. Als het aantal kandidaten gelijk is aan het aantal te begeven mandaten zijn de kandidaten automatisch verkozen. Voor die ziekenfondsen die meer kandidaten voordragen dan het aantal te begeven mandaten, dient de Algemene Vergadering van de MOB tot stemming over te gaan.

ARTIKEL 22.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men:

- meerderjarig zijn en voldoen aan de circulaire uitgevaardigd door de NBB op het vlak van 'Fit en proper';
- lid zijn van een van de aangesloten ziekenfondsen. (Deze laatste voorwaarde geldt niet voor de onafhankelijk bestuurders).

Het is niet vereist deel uit te maken van de Algemene Vergadering van de MOB.

De bestuurders beschikken over de voor hun taak vereiste deskundigheid en passende ervaring om door de CDZ erkend te worden als bestuurder van de MOB.

Aan de leden van de Raad van Bestuur die aanwezig zijn op een vergadering van de Raad van Bestuur wordt een zitpenning en een vergoeding voor hun verplaatsingskosten toegekend.

In afwijking van het voorgaande wordt aan de voorzitter een maandelijks forfaitaire onkostenvergoeding per maand toegekend.

De onafhankelijk bestuurders ontvangen een jaarlijkse vergoeding en een vergoeding per zitting van de Raad van Bestuur en het Risicocomité en het Auditcomité.

Het bedrag van de vergoedingen wordt door de Algemene Vergadering vastgelegd.

Bestuurders die behoren tot het personeel van de MOB of de ziekenfondsen ontvangen geen zitpenning noch vergoeding.

Voor elke ziekenfonds met meer dan twee afgevaardigden wordt ten minste één mandaat van bestuurder voorbehouden aan een persoon van het andere geslacht.

ARTIKEL 23.

De Raad van Bestuur wordt verkozen door de leden van de Algemene Vergadering voor een periode van zes jaar.

ARTIKEL 24.

De vervanging van een overleden of ontslagnemende bestuurder vindt plaats op de volgende Algemene Vergadering. De op deze wijze verkozen bestuurder beëindigt het mandaat van de bestuurder die hij vervangt.

Van zodra een bestuurder in de loop van zijn mandaat niet meer voldoet aan de wettelijke of statutaire voorwaarden, heeft dit automatisch het einde van zijn mandaat tot gevolg.

Een bestuurder die vijf opeenvolgende keren afwezig is zonder gemotiveerde reden, wordt beschouwd als ontslagnemend.

De Algemene Vergadering kan beslissen tot afzetting van een bestuurder volgens de procedure voorzien bij artikel 19 tweede en vierde lid van de wet van 6 augustus 1990 indien:

- de bestuurder inbreuk pleegt op de wet van 6 augustus 1990 of haar uitvoeringsbesluiten;
- de bestuurder inbreuk pleegt op de controlewet van 13 maart 2016 en haar uitvoeringsbesluiten en -reglementen;
- de bestuurder inbreuk pleegt op de verzekeringswet van 4 april 2014 en haar uitvoeringsbesluiten en -reglementen;
- de bestuurder inbreuken pleegt op de circulaire 'Fit & Proper' (NBB_2013_02) of het prudentieel en deontologisch kader van de MOB;

- de bestuurder een al dan niet voorwaardelijke, in kracht van gewijsde gegane criminele of correctionele veroordeling heeft opgelopen;
- de bestuurder daden verricht die nadeel kunnen berokkenen aan de belangen van de MOB of aan de ziekenfondsen die de MOB vormen;
- de bestuurder weigert zich te voegen naar de statuten en de reglementen van de MOB.

ARTIKEL 25.

De Raad van Bestuur draagt de eindverantwoordelijkheid voor de onderneming.

De Raad van Bestuur bepaalt de algemene strategie en het risicobeleid en ziet toe op de activiteiten van de MOB.

De Raad van Bestuur:

- bepaalt de risicobereidheid en de algemene risicotolerantielimieten;
- beoordeelt het algemeen risicobeheerbeleid;
- beoordeelt de voornaamste beleidslijnen inzake risicobeheer (verzekeringstechnisch, operationeel, beheer van activa en passiva, beheer beleggingsrisico's,...);
- valideert de strategische beslissingen op risicogebied en is nauw betrokken bij het doorlopende toezicht op de ontwikkeling van het risicoprofiel van de MOB;
- beoordeelt minstens eenmaal per jaar de doeltreffendheid van het governancestelsel;
- gaat periodiek en minstens eenmaal per jaar na of de vier onafhankelijke controlefuncties van de onderneming correct worden uitgeoefend;
- beoordeelt de maatregelen die worden genomen naar aanleiding van de bevindingen en aanbevelingen van de interne audit;
- is verantwoordelijk voor de correcte rapporteringen en de openbaarmaking van de informatie;
- is verantwoordelijk voor de integriteit van de boekhoud- en financiële verslaggevingssystemen.

De Raad van Bestuur neemt de taken op zich die anders worden opgenomen door een Remuneratiecomité. De Raad van Bestuur ziet er op toe dat het beloningsbeleid niet aanspoort tot stimulansen die het belang van de MOB kunnen schaden. De Raad van Bestuur beoordeelt minstens eenmaal per jaar de algemene beginselen van het beloningsbeleid en de toepassing ervan.

De Raad van Bestuur is bevoegd om alle handelingen te verrichten die nodig of dienstig zijn om het doel van de MOB te realiseren, behoudens die waarvoor volgens de wet en de statuten alleen de Algemene Vergadering bevoegd is.

De vaststelling van de premies uitgezonderd, kan de Raad van Bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, daden van dagelijks bestuur of een deel van zijn bevoegdheden delegeren aan de voorzitter of aan één of meer bestuurders.

De Raad van Bestuur kan enkel geldige beslissingen nemen indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is, tenzij anders bepaald.

De beslissingen worden genomen bij gewone meerderheid van de uitgebrachte stemmen van de aanwezige of vertegenwoordigde stemgerechtigde leden.

In geval van stemming over een verzekering, hebben de afgevaardigden van niet bij deze verzekering aangesloten ziekenfondsen geen stemrecht.

Een stemgerechtigd lid dat niet aan de vergadering kan deelnemen, kan zich door middel van een schriftelijke volmacht laten vertegenwoordigen door een ander stemgerechtigd lid van de Raad van Bestuur. Elk lid van de Raad van Bestuur kan slechts houder zijn van één volmacht.

ARTIKEL 26.

De Raad van Bestuur kiest in zijn midden voor een periode van zes jaar een voorzitter, een secretaris en een ondervoorzitter.

De Raad van Bestuur benoemt de financieel directeur van de MOB tot schatbewaarder.

De Raad van Bestuur benoemt tevens de leden van het Directiecomité waaraan de in artikel 36 opgesomde bevoegdheden worden toegekend.

De leden van het Directiecomité worden voorgedragen om, in toepassing van het artikel 20, eerste lid, punt 3, door de Algemene Vergadering te worden verkozen als lid van de Raad van Bestuur met stemrecht..

ARTIKEL 27.

De voorzitter is belast met de leiding van de Algemene Vergadering, van de Raad van Bestuur en van het Bureau. Hij waakt over de uitvoering van de statuten en van de bijzondere reglementen.

De ondervoorzitter vervangt de voorzitter, die afwezig is. Hij staat de voorzitter bij in de uitoefening van zijn functie.

De Raad van Bestuur vertegenwoordigt en bindt de MOB in alle gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen. De Raad van Bestuur mag alle nodige verbintenissen aangaan ten einde het maatschappelijk doel van de MOB te realiseren.

Opdat de MOB geldig vertegenwoordigd is bij de uitvoering van de genomen beslissingen door de Raad van Bestuur, volstaat tegenover derden de handtekening van minstens twee bestuurders uit de volgende groep: de voorzitter, de secretaris, of de leden van het Directiecomité zonder dat daarover in de Raad van Bestuur nog extra machtiging of beraadslaging moet plaats vinden.

ARTIKEL 28.

De secretaris neemt de algemene leiding waar van het secretariaat en is verantwoordelijk ten aanzien van de Raad van Bestuur en het Bureau voor de goede gang van zaken. Hij tekent de briefwisseling, is verantwoordelijk voor de uitnodigingen en de processen-verbaal van de vergaderingen. Hij is belast met de bewaring van het archief en het bijhouden van het ledenbestand van de MOB.

ARTIKEL 29.

De schatbewaarder is verantwoordelijk tegenover de Raad van Bestuur en het Bureau voor al de geldverhandelingen van de MOB, het bijhouden van de boeken die door de reglementering zijn voorgeschreven, het opmaken van de statistieken en de financiële toestand.

Op de jaarlijkse Algemene Vergadering, zoals bedoeld bij artikel 18 van deze statuten, brengt de Raad van Bestuur verslag uit over de financiële toestand.

ARTIKEL 30.

De functies van secretaris en van schatbewaarder kunnen niet door eenzelfde persoon worden uitgeoefend.

ARTIKEL 31.

De Raad van Bestuur vergadert minstens éénmaal per trimester en als de voorzitter hem bijeenroept.

ARTIKEL 32.

De Raad van Bestuur zal o.a. voor de bepaling van de premies, de premiestructuur en de waarborgen het advies inwinnen van een door de Raad van Bestuur aangesteld adviescomité.

AFDELING 3

Bureau

ARTIKEL 33.

De Raad van Bestuur duidt in zijn midden de leden van het Bureau aan.

Het Bureau wordt samengesteld als volgt:

- de voorzitter;
- de ondervoorzitter;
- de secretaris;
- twee niet uitvoerend bestuurders;

Minstens één lid van het Bureau moet van een ander geslacht zijn.

Minstens drie leden van het Bureau zijn geen personeelslid van de MOB of één van de aangesloten ziekenfondsen.

ARTIKEL 34.

Het Bureau is belast met:

- het toezicht op de realisatie van de strategie van de MOB door het Directiecomité;
- de voorbereiding van de vergaderingen van de Raad van Bestuur
- de voordracht van de leden van het Directiecomité van de MOB aan de Raad van Bestuur.

In uitvoering van de toezichtfunctie van het Bureau kan de secretaris te allen tijde de vergaderingen van het Directiecomité bijwonen. Hij heeft toegang tot alle verslagen en documenten.

Het Bureau vergadert maandelijks en telkens wanneer het nodig is of een lid van het Bureau daarom verzoekt.

ARTIKEL 35.

Aan de leden van het Bureau die aanwezig zijn op een vergadering van het Bureau wordt een zitpenning en een vergoeding voor hun verplaatsingskosten toegekend.

Het bedrag van de vergoedingen wordt door de Algemene Vergadering vastgelegd.

Leden van het Bureau die behoren tot het personeel van de MOB of de ziekenfondsen ontvangen geen zitpenning noch vergoeding.

AFDELING 4 ***Directiecomité***

ARTIKEL 36.

Het Directiecomité van de MOB is verantwoordelijk voor de leiding van de MOB onder toezicht van de Raad van Bestuur en het Bureau.

Het Directiecomité heeft onder andere de volgende bevoegdheden en taken:

1. Uitvoeren van de door de Raad van Bestuur vastgelegde strategie en leiding van de MOB:
 - uitvoeren van de door de Raad van Bestuur vastgelegde en goedgekeurde strategie,
 - instaan voor de leiding van de MOB overeenkomstig de vastgestelde strategische doelstellingen en met inachtneming van de door de Raad van Bestuur vastgelegde risicotolerantielimiten;
 - toezicht houden op het management en op de naleving van de toegewezen bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
 - voorstellen doen en advies verstrekken aan de Raad van Bestuur voor de uitstippeling van het algemeen beleid en de strategie van de MOB;

2. Uitvoeren van het risicobeheersysteem:
 - vertalen in procedures en processen van het door de Raad van Bestuur vastgelegd kader voor risicobereidheid, algemeen beleid inzake risicobeheer en de specifieke beleidslijnen inzake risicobeheer;
 - de nodige maatregelen uitvoeren om de risico's te beheersen;
 - zich er op grond van de verslagen van de onafhankelijke controlefuncties van vergewissen dat alle relevante risico's waaraan de MOB is blootgesteld (financiële risico's, verzekeringsrisico's, operationele en andere risico's) op passende wijze vastgesteld, gemeten, beheerd, gecontroleerd en gemeld worden;
 - toezicht houden op de ontwikkeling van het risicoprofiel van de MOB en het risicobeheersysteem controleren;

3. Invoeren, opvolgen en beoordelen van de organisatie- en operationele structuur:
 - uitvoeren van het door de Raad van Bestuur vastgelegde governancebeleid sensu stricto ("fit & proper"-beleid, beloningsbeleid, uitbestedingsbeleid, interne regels inzake externe functies, veiligheids- en continuïteitsbeleid, integriteitsbeleid) door er concreet gestalte aan te geven in procedures en processen;
 - een organisatie- en operationele structuur opzetten om de strategische doelstellingen te ondersteunen en de eenvormigheid te verzekeren met het door de Raad van Bestuur vastgelegde kader voor risicobereidheid, met name door de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van elk domein van de onderneming te bepalen en door de rapporteringsprocedures en -lijnen te preciseren;
 - passende internecontrolemechanismen opzetten op alle niveaus van de onderneming en de passendheid van die mechanismen beoordelen;
 - het nodige kader voor de organisatie en de goede werking van de onafhankelijke controlefuncties realiseren, en op grond van de werkzaamheden van die controlefuncties de doelmatigheid en doeltreffendheid beoordelen van de door de onderneming vastgelegde regelingen inzake risicobeheer, interne controle en governance;
 - toezien op de correcte uitvoering van het beloningsbeleid;

- een systeem van interne rapportering opzetten dat een redelijke mate van zekerheid verschaft over de betrouwbaarheid van de financiële informatie en de prudentiële rapportering;

4. Uitvoeren van het door de Raad van Bestuur vastgelegde integriteitsbeleid:

belangenconflicten, whistleblowing, regels ter voorkoming van het witwassen van geld en de financiering van terrorisme, gedragscodes, enz.) door er concreet gestalte aan te geven in procedures en processen;

5. Rapporteren aan de Raad van Bestuur en aan de Controledienst

- aan de Raad van Bestuur en/of in voorkomend geval aan een van zijn subcomités, de relevante informatie en gegevens meedelen om hen in staat te stellen de activiteiten van de onderneming te monitoren;

- uitvoeren van het door de Raad van Bestuur vastgelegde beleid inzake de rapportering aan de Controledienst (artikel 77, § 7, van de Solvabiliteit II-wet) en de verwachte prudentiële rapporteringen aan de Controledienst verstrekken.

- minstens eenmaal per jaar aan de Raad van Bestuur, de erkend commissaris en de Controledienst een verslag bezorgen over de doeltreffendheid van het governancestelsel.

ARTIKEL 37.

Het Directiecomité bestaat uit minstens twee directieleden die beschikken over de voor hun taak vereiste professionele betrouwbaarheid, deskundigheid en passende ervaring zoals vermeld in artikel 40 en 41 van de controlewet van 13 maart 2016.

De directieleden werken collegiaal samen en treden gezamenlijk op als Directiecomité. Ze geven gestalte aan het vier-ogen-toezicht zoals vereist in de circulaire rond het prudentieel toezicht op de verzekeringsonderneming. De beslissingen in het Directiecomité worden in consensus genomen.

AFDELING 5

Risicocomité en Auditcomité

ARTIKEL 38.

In het kader van de toezichtsfunctie van de Raad van Bestuur richt deze in zijn midden een Risicocomité en een Auditcomité op.

De leden van het Risicocomité en het Auditcomité beschikken over een collectieve deskundigheid op het gebied van de activiteiten van de MOB en op het gebied van boekhouding en audit. Minstens een bestuurder beschikt over de individuele deskundigheid op het gebied van boekhouding en/of audit.

De leden beschikken individueel over de nodige kennis, deskundigheid en ervaring om de risicostrategie en de risicotolerantie van de onderneming te begrijpen en te bevatten.

ARTIKEL 39

Het Auditcomité bestaat uit minstens drie onafhankelijke bestuurders, de secretaris en één andere niet uitvoerend bestuurder. Zij duiden in hun midden de voorzitter van het Auditcomité aan.

In het kader van de toezichtsfunctie van de Raad van Bestuur neemt het Auditcomité een voorname plaats in. Overeenkomstig de Solvabiliteit II-wet (artikel 49), die gewijzigd werd bij de wet van 7 december 2016 tot organisatie van het beroep van en het publiek toezicht op de bedrijfsrevisoren, is het Auditcomité ten minste verantwoordelijk voor de volgende taken omschreven in artikel 526bis, § 4, van het Wetboek van Vennootschappen:

1. de Raad van Bestuur in kennis stellen van het resultaat van de wettelijke controle van de jaarrekening en toelichten op welke wijze deze wettelijke controle heeft bijgedragen tot de integriteit van de financiële verslaggeving en welke rol het Auditcomité in dat proces heeft gespeeld;
2. monitoring van het financiële verslaggevingsproces en aanbevelingen of voorstellen doen om de integriteit van het proces te waarborgen;
3. monitoring van de doeltreffendheid van de systemen voor interne controle en risicobeheer en van de interne audit en zijn doeltreffendheid;
4. monitoring van de wettelijke controle van de jaarrekening, inclusief opvolging van de vragen en aanbevelingen geformuleerd door de erkende commissaris/revisor die instaat voor de controle van de jaarrekening;
5. beoordeling en monitoring van de onafhankelijkheid van de commissaris/revisor die instaat voor de controle van de jaarrekening, waarbij met name wordt nagegaan of de verlening van bijkomende diensten aan de MOB passend is, overeenkomstig artikel 4, § 3, van de verordening (EU) nr. 537/2014;
6. aanbeveling aan de Raad van Bestuur voor de benoeming van de commissaris/revisor die instaat voor de wettelijke controle van de jaarrekening, overeenkomstig artikel 16, § 2, van de verordening (EU) nr. 537/2014.

ARTIKEL 40

Het Risicocomité bestaat uit de leden van het Auditcomité aangevuld met minstens één niet-uitvoerend bestuurder. Zij duiden in hun midden de voorzitter van het Risicocomité aan.

Overeenkomstig de Solvabiliteit II-wet dient het **Risicocomité** advies te verstrekken aan de Raad van Bestuur over alle aspecten die verband houden met de huidige en toekomstige risicostrategie en risicotolerantie en de Raad van Bestuur bijstaan in de uitoefening van het toezicht op de uitvoering van die strategie door het Directiecomité. Meer bepaald houden de taken van het Risicocomité minstens het volgende in:

1. Wat de risicostrategie betreft:

- zijn mening geven aan de Raad van Bestuur over:
 - de toereikendheid van de organisatie, van de beschikbare middelen en van de bevoegdheden voor het vaststellen, de meting, het beheer en de melding van de belangrijkste risico's waaraan de MOB is blootgesteld;
 - de passendheid van de procedure voor de opvolging van de risico's en in het bijzonder de scheiding tussen de uitvoerende en de controlefuncties;
- advies verstrekken aan de Raad van Bestuur over alle aspecten die verband houden met de huidige en toekomstige risicostrategie en risicotolerantie. Het Risicocomité staat de Raad van Bestuur bij wanneer die toezicht houdt op de uitvoering van deze strategie door het Directiecomité;
- erop toezien dat de strategische beslissingen van de Raad van Bestuur inzake onderschrijving, het vormen van technische voorzieningen, het bepalen van de overdrachten uit hoofde van herverzekering, het beleggingsbeleid, het beheer van activa en passiva en liquiditeitsbeheer worden uitgevoerd, rekening houdend met de risico's die de MOB loopt, gelet op haar bedrijfsmodel en haar strategie met betrekking tot risico's die zich kunnen voordoen;
- bepalen van de aard, de omvang, de vorm en de frequentie van de informatie die aan het Risicocomité moet worden overgemaakt over de risico's;
- samenwerken met de Raad van Bestuur in zijn hoedanigheid van remuneratiecomité om erop toe te zien dat beloningen of prestatiedoelstellingen die in het remuneratiebeleid zijn opgenomen, verenigbaar zijn met het risicoprofiel van de onderneming;

2. Wat de werking van de risicobeheerfunctie betreft:

- de procedures onderzoeken waarop de MOB zich baseert, overeenkomstig de door de Raad van Bestuur vastgelegde strategie, om door middel van aangepaste verzekeringspolissen te voorzien in de dekking van de risico's die verband houden met haar vermogen, haar verrichtingen en haar aansprakelijkheid;
- alle nodige informatie opvragen (minstens het jaarverslag) bij de risicobeheerfunctie en zich op de hoogte stellen van het actieplan en van de opvolging van dit plan door die risicobeheerfunctie;
- de risk officer horen, advies verstrekken aan de Raad van Bestuur over de organisatie van de risicobeheerfunctie en zich op de hoogte stellen van zijn werkprogramma; de Raad van Bestuur in voorkomend geval verzoeken specifieke taken op te leggen aan de risicobeheerfunctie.

ARTIKEL 41

De functies van voorzitter van het Risicocomité en voorzitter van het Auditcomité kunnen gecumuleerd worden. Deze functies kunnen niet gecumuleerd worden met de functie van voorzitter van de Raad van Bestuur.

De voorzitters van het Risicocomité en het Auditcomité brengen geregeld verslag uit aan de Raad van Bestuur over de uitoefening van hun taken en telkens wanneer de Raad van Bestuur de

jaarrekening en de halfjaarlijkse periodieke staten opstelt die de MOB respectievelijk aan het einde van het boekjaar en aan het einde van het eerste halfjaar overmaakt.

De samenstelling en de werking van het Risicocomité en het Auditcomité worden geregeld door de huishoudelijke reglementen van deze comités zoals opgenomen in het Governance memorandum van de MOB.

ARTIKEL 42

Aan de leden van het Risicocomité en het Auditcomité die aanwezig zijn op een vergadering van het Risicocomité en het Auditcomité wordt een zitpenning en een vergoeding voor hun verplaatsingskosten toegekend.

Het bedrag van de vergoedingen wordt door de Algemene Vergadering vastgelegd.

Leden van het Risicocomité en het Auditcomité die behoren tot het personeel van de MOB of de ziekenfondsen ontvangen geen zitpenning noch vergoeding.

ARTIKEL 43-49

Vrij

HOOFDSTUK IV: De aangeboden verzekeringen

AFDELING 1 *CM-Hospitaalfix en CM-Hospitaalfix Extra*

ARTIKEL 50.

De MOB, organiseert de verzekeringen CM-Hospitaalfix en CM-Hospitaalfix Extra voor de leden en hun personen ten laste die behoren tot de ziekenfondsen vermeld in artikel 5 van deze statuten.

Begripsomschrijvingen

ARTIKEL 51.

Voor deze verzekeringen worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het ziekenfonds;
- de MOB Diensten en verrichtingen CM-Vlaanderen waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het ziekenfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst of de eerste dag van een overeengekomen volgende maand.

CM-Hospitaalplan:

verzekering die wordt ingericht door de MOB en die kosten bij hospitalisatie, binnen de voorwaarden en bepalingen van deze verzekering waarborgt.

CM-Hospitaalfix:

de forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een tegemoetkoming van 12,37 euro per verpleegdag.

CM-Hospitaalfix Extra:

de forfaitaire hospitalisatieverzekering die voorziet in een tegemoetkoming van 25 euro per verpleegdag of daghospitalisatie.

Daghospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor een forfait heelkundige dienst (= chirurgisch dagziekenhuis), een maxiforfait, een dagziekenhuisforfait groep één tot en met groep zeven, een maxiforfait (pediatrie) monotherapie of een maxiforfait (pediatrie) combitherapie wordt aangerekend. Worden niet vergoed: miniforfaits, forfaits chronische pijn 1,2 of 3, forfait gipskamer, forfait manipulatie poortkatheter of een forfait oncologische basiszorg.

Gelijkaardige mutualistische verzekering:

hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die een forfaitaire vergoeding toekent. De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra wanneer deze voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming en het aantal vergoedbare dagen, het uit te keren dagbedrag en de premie gelijkaardig zijn aan die van CM-Hospitaalfix respectievelijk CM-Hospitaalfix Extra.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij één der ziekenfondsen van de MOB is aangesloten.

Hospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd.

Overstap (naar CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra):

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij:

- een gelijkaardige hospitalisatieverzekering;
- een kostendekkende mutualistische hospitalisatieverzekering.

De beëindiging van deze voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest, afgeleverd door de vorige verzekeraar, dat uitdrukkelijk de einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgelegde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervaldag.

Tegemoetkoming:

de forfaitaire tegemoetkoming die betaald wordt zoals bepaald in artikel 58 van deze statuten.

Verpleegdag:

kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting en voor één bijkomende hospitalisatiedag indien de ziekenhuisopname begon voor 12 uur en het ontslag gegeven werd na 14 uur.

Verzekeraar

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01

Verzekerden:

gerechtigden en personen ten laste die bij de verzekering zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de MOB waarmee de MOB aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringsnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij de verzekering ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst

de verzekeringsovereenkomst bestaat uit de algemene voorwaarden van de verzekering en de bijzondere voorwaarden.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum en waarvoor de premie dient te worden betaald, maar waarin het recht op tegemoetkoming nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op tegemoetkoming.

Wettelijke terugbetaling:

- voor de kosten gemaakt in België: elke tegemoetkoming bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied: elke tegemoetkoming bepaald, hetzij door de in het betreffende land geldende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hetzij door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ziekenhuis:

instelling die als dusdanig wettelijk is erkend (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen) en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen. Worden bijgevolg onder meer niet als een ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische instellingen, rust- en verzorgingshuizen, instellingen voor thermale kuren, revalidatiecentra, sanatoria en preventoria, rusthuizen voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als RVT hebben.

Aansluitingsvoorwaarden

ARTIKEL 52.

De verzekering kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering tenzij hij met een attest aantoonst dat hij of zijn personen ten laste reeds bij een gelijkaardige forfaitaire verzekering is of zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan in zoverre deze ouder zelf ook aansluit of aangesloten is bij de verzekering of met een attest aantoonst dat hij reeds bij een gelijkaardige forfaitaire verzekering is aangesloten.

Om bij de verzekering aan te sluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aan volgende voorwaarden voldoen:

aangesloten zijn bij een ziekenfonds vermeld in artikel 5 voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de bijdragebetaling overeenkomstig de betreffende statutaire bepalingen van het ziekenfonds;

De cumul van CM-Hospitaalfix met CM-Hospitaalfix Extra is uitgesloten.

Aanvang, duur en einde van de aansluiting

ARTIKEL 53.

De overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering zoals die opgenomen zijn in deze statuten;
- de bijzondere voorwaarden die vermeld worden op de verzekeringsaanvraag zoals bepaald in artikel 64, §2 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De verzekeringsnemer heeft het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang behalve bij opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze statuten.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig cfr. artikel 59 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, neemt zijn/haar aansluiting een einde. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Indien een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigd wordt, kan hij de verzekering als verzekeringsnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is vermeld in artikel 50, neemt de aansluiting een einde op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringsnemer neemt de aansluiting een einde. Er is, onverminderd de toepassing van artikel 53, 3° lid, een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte ter post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).
4. Elke verzekeringsnemer dient de volledige premie voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste te betalen vóór de vervaldag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premie stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Indien de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgiftedatum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgiftedatum.

Indien de verzekeringsnemer binnen de vijftien dagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog steeds niet heeft betaald wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

In geval de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstanden uit het verleden zijn betaald. Daarbij moet een nieuwe wachttijd worden volbracht.

5. Bij overlijden van de verzekeringsnemer kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verderzetten met behoud van alle rechten in zoverre ze zelf verzekeringsnemer worden of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer.

Wachttijd

ARTIKEL 54.

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een wachttijd van 3 maanden, te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

De wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijke voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een kostendekkende mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overstap vanuit een gelijkaardige forfaitaire mutualistische of commerciële hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Wie aangesloten is bij CM-Hospitaalfix en overstapt naar CM-Hospitaalfix Extra dient een nieuwe wachttijd van drie maanden te doorlopen. Tijdens deze wachttijd behoudt de verzekerde het recht op de tegemoetkoming van CM-Hospitaalfix van waaruit hij overstapt.

Een hospitalisatie die aanvangt voor of tijdens de wachttijd en die voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

Premie

ARTIKEL 55.

De premie wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering en vermeld in een bijlage bij de statuten. De Algemene Vergadering kan deze bevoegdheid aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

De premie kan op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt tot en met 2016 op basis van de verhouding tussen de index van de maand augustus, vanaf 1/1/2017 op basis van de verhouding van de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor Ziekenfondsen.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de bereikte leeftijd op de aansluitingsdatum. Nadien is de premie afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra zijn tot en met het tweede kalenderjaar na het jaar van hun geboorte vrijgesteld van premiebetaling.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premie leidt in overeenstemming met artikel 53, vierde lid, derde punt tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gekozen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden automatisch en binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting teruggestort.

Indien het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, is vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste geen premie verschuldigd. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste wordt gerangschikt.

Geboorte en adoptie

ARTIKEL 56.

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij de verzekering is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er dient geen wachttijd te worden doorlopen, er is onmiddellijk recht op tegemoetkoming.

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan deze voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

Aanvang en einde van de waarborg

ARTIKEL 57.

1. Hospitalisatiedagen die hebben plaatsgevonden vóór de aansluitingsdatum worden niet vergoed.
2. Hospitalisatiedagen die hebben plaatsgevonden na beëindiging van de aansluiting worden niet vergoed.
3. De verzekerde die voor 1 januari 2015 aangesloten was bij CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra en daar ontslag neemt om aan te sluiten bij het CM-Hospitaalplan behoudt tijdelijk recht op tegemoetkomingen van CM-Hospitaalfix of CM-Hospitaalfix Extra, tijdens de nog te vervullen wachttijd voor het CM-Hospitaalplan.
4. De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Indien de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren.

Tegemoetkoming

ARTIKEL 58.

De tegemoetkoming bedraagt in CM-Hospitaalfix 12,37 euro en in CM-Hospitaalfix Extra 25 euro per verpleegdag die door het ziekenhuis werd aangerekend. CM-Hospitaalfix Extra voorziet bijkomend in een tegemoetkoming van 25 euro bij daghospitalisatie zoals omschreven in de definitie in artikel 51.

De verzekering vergoedt enkel verpleegdagen en daghospitalisaties waarvoor recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor leden ouder dan 65 jaar is het aantal dagen waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, beperkt tot 180 per kalenderjaar per verzekerde, en dit vanaf de eerste januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

Voor leden, aangesloten bij CM-Hospitaalfix Extra, worden per kalenderjaar de eerste 30 dagen in onderstaande diensten in een algemeen ziekenhuis vergoed aan 25 euro per dag, de andere dagen aan 12,37 euro per dag:

- diensten voor cardio-pulmonaire, locomotorische, neurologische, chronische of psychogeriatrische aandoeningen of een dienst voor chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen (Sp-diensten);
- acute diensten voor neuropsychiatrie: A-diensten (dienstcode 37), kinderneuropsychiatrie: K-diensten (dienstcode 34) of psychiatrische diensten: T-diensten (dienstcode 41).

Bij hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis wordt enkel een tegemoetkoming toegekend voor het verblijf in een dienst voor neuropsychiatrie:A-dienst (dienstcode 37), kinderneuropsychiatrie: K-dienst (dienstcode 34) of psychiatrische dienst:T-dienst (dienstcode 41). Het aantal vergoedbare dagen voor deze diensten is beperkt tot 30 per kalenderjaar per verzekerde.

Uitsluitingen

ARTIKEL 59.

De verzekering kent geen tegemoetkoming toe voor:

1. hospitalisaties die het gevolg zijn van een arbeidsongeval of beroepsziekte, tenzij de verzekerde nog een kamer- of honorariumsupplement moet betalen dat niet wordt terugbetaald door de betrokken verzekering;
2. hospitalisaties die het gevolg zijn van oorlogsdaden of rampen;
3. geplande hospitalisaties buiten Belgisch grondgebied, waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.
4. alle forfaits die niet vermeld zijn in de begripsomschrijving daghospitalisatie in artikel 51.

Uitbetaling - subrogatie - verjaring

ARTIKEL 60.

De tegemoetkoming wordt automatisch uitbetaald na de kennisgeving door het ziekenhuis aan het ziekenfonds van de ontslagdatum uit het ziekenhuis. Deze automatische uitbetaling is niet van toepassing voor hospitalisaties buiten Belgisch grondgebied en in het kader van een arbeidsongeval of beroepsziekte waarbij nog een supplement ten laste blijft van de verzekerde. In de beide gevallen dient de verzekeringsnemer de factuur aan het ziekenfonds over te maken. Bij hospitalisaties van langere duur kunnen uitbetalingen tijdens de hospitalisatie worden aangevraagd.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de verzekerde. In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de ziekenhuisrekening heeft betaald.

In geval een hospitalisatie betrekking heeft op feiten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht, wordt de verzekering door de verzekeringsnemer gesubrogeerd voor de tegemoetkomingen door de verzekering betaald. De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde tegemoetkomingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, buitenlandse wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

De verjaringstermijn voor de vordering door de verzekerde tot betaling van de tegemoetkoming bedraagt 3 jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde de hospitalisatiefactuur ontvangt.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde tegemoetkoming bedraagt 3 jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd. Een aangetekende brief volstaat om de verjaring te stuiten. De stuiting kan worden hernieuwd.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd voor deze terugbetaling nog niet hebben volbracht, wordt dezelfde tegemoetkoming toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht zouden hebben.

Diverse bepalingen

ARTIKEL 61.

1. Elke klacht met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst kan in eerste instantie gericht worden aan:
 - de klachtcoördinator van de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel, VMOB@cm.beEventueel kunt u nog een klacht richten aan:
 - de ombudsman CM, Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel, cm.ombud@cm.be;
 - de ombudsman verzekeringen vzw, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as.
2. Voor alle geschillen zijn de rechtbanken van het arrondissement waar de verzekerde is gedomicilieerd bevoegd. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.
3. Wijzigingen aan de inhoud van deze verzekering of van de premies worden aan de verzekerden kenbaar gemaakt door publicatie in de ledenbladen en op de website www.cm.be
4. Alle kosten, belastingen en rechten geheven of te heffen uit hoofde van deze aansluiting zijn ten laste van de verzekeringsnemer.

5. Ongeacht de lidstaat waar de verzekerde zijn of haar gewone verblijfplaats heeft, is het Belgisch recht van toepassing.
6. De verzekeringsnemer verbindt zich er toe elke adreswijziging dadelijk aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen te melden. De voor de verzekeringnemer bestemde mededelingen zijn geldig gedaan op het laatste door de MOB gekende adres.

CM-Forhos Oost-Vlaanderen

ARTIKEL 62.

1. Volgens de statuten van de MOB CM-Vlaanderen, geldig op 31 december 2003 organiseerde de dienst 'forfaitaire tegemoetkoming hospitalisatiekosten' een tegemoetkoming van 19,83 euro per dag voor de leden en hun personen ten laste die behoren tot de ziekenfondsen 120 en 121 voorzien in artikel 5 van deze statuten .

Deze tegemoetkoming blijft van kracht voor alle gerechtigden en hun personen ten laste die op 31 december 2003 voor deze tegemoetkoming aangesloten waren.

Vanaf 31 december 2003 kunnen geen nieuwe gerechtigden meer aansluiten voor deze dagvergoeding van 19,83 euro. Personen ten laste die aangesloten waren en gerechtigde worden, kunnen aangesloten blijven.

2. Voorwaarden

Voor deze tegemoetkoming zijn de statutaire bepalingen van de verzekering CM-Hospitaalfix van toepassing met uitzondering van de volgende artikelen: 52, 53 punt 4 vierde lid en 58.

Om voor deze dagvergoeding aangesloten te kunnen blijven, moet de gerechtigde lid zijn bij de ziekenfondsen 120 en 121 voorzien bij artikel 5 van deze statuten, overeenkomstig de bepalingen opgenomen in de statuten van de betreffende ziekenfondsen.

3. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 19,83 euro per hospitalisatiedag waarvoor door het ziekenhuis een verpleegdag werd aangerekend.

De verzekering vergoedt enkel verpleegdagen waarvoor recht is op wettelijke terugbetaling.

Voor leden ouder dan 65 jaar is het aantal hospitalisatiedagen waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, beperkt tot 90 per kalenderjaar per verzekerde, en dit vanaf de eerste januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

Voor leden ouder dan 65 jaar, die aansloten voor ze de leeftijd van 50 jaar hadden bereikt en die ononderbroken aangesloten bleven, is het aantal hospitalisatiedagen waarvoor een tegemoetkoming wordt toegekend, beperkt tot 180 per kalenderjaar per verzekerde, en dit vanaf de eerste januari van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin men de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

Bij hospitalisatie in een psychiatrisch ziekenhuis wordt enkel een tegemoetkoming toegekend voor het verblijf in een dienst voor neuropsychiatrie: A-dienst (dienstcode 37), kinderneuropsychiatrie: K-dienst (dienstcode 34) of psychiatrische dienst: T-dienst (dienstcode

41). Het aantal vergoedbare dagen voor deze diensten is beperkt tot 30 per kalenderjaar per verzekerde.

ARTIKEL 63 TOT 69.

VRIJ

AFDELING 2

"CM-Hospitaalplan"

ARTIKEL 70.

De MOB, organiseert deze verzekering voor de leden en hun personen ten laste die behoren tot de ziekenfondsen vermeld in artikel 5 van deze statuten.

Begripsomschrijvingen

ARTIKEL 71.

Voor deze verzekering worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het ziekenfonds;
- de MOB Diensten en verrichtingen CM-Vlaanderen waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het ziekenfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst en de volledig ingevulde en ondertekende medische vragenlijst(en) of de overeengekomen eerste dag van een volgende maand.

CM-Hospitaalplan:

de verzekering gevormd door deze bepalingen, de bijzondere voorwaarden en de medische vragenlijst. Deze maken één geheel uit.

Daghospitalisatie

medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd maar een miniforfait of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, maxiforfait, chirurgisch dagziekenhuis (= forfait heelkundige dienst), forfait gipskamer, dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter, maxiforfait (pediatrie) monotherapie, maxiforfait (pediatrie) combitherapie of forfait oncologische basiszorg

Dringend ziekenvervoer

ambulancevervoer georganiseerd na een oproep naar het éénvormig oproepstelsel 112 en volgens de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening van 08-07-1964

Franchise:

deel van de kosten dat steeds ten laste van de verzekerde blijft.

Gelijkaardige mutualistische verzekering:

hospitalisatieverzekering ingericht door een Belgische mutualistische entiteit die voorziet in een kostendekkende vergoeding. De MOB beschouwt de waarborg als gelijkaardig aan die van het CM-Hospitaalplan wanneer de terugbetaling van supplementen in de één- en tweepersoonskamers en de premie gelijkaardig zijn aan die van het CM-Hospitaalplan.

Geneesmiddel:

ieder product dat uitsluitend in een apotheek wordt afgeleverd, dat is voorgeschreven door een geneesheer en dat als farmaceutische specialiteit of magistrale bereiding is geregistreerd door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn/haar bevoegdheid heeft.

Worden onder andere niet als geneesmiddel beschouwd: de verbandmiddelen, de hygiëne- en dieetproducten, de verplegingsartikelen, de reactieven, de homeopathische middelen, de kousen.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij een CM-ziekenfonds in Vlaanderen is aangesloten.

Honorariumsupplement:

deel van het honorarium dat gevraagd wordt door de zorgverstreker boven het tarief vastgelegd door het RIZIV.

Hospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd;

Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een gemeenschappelijke kamer als op een éénpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een éénpersoonskamer.

Een hospitalisatie die zowel een verblijf op een tweepersoonskamer als op een éénpersoonskamer omvat, wordt volledig beschouwd als een hospitalisatie op een éénpersoonskamer.

Een hospitalisatie met een transfer naar een ander ziekenhuis voor dezelfde aandoening wordt beschouwd als één hospitalisatie.

Implantaat:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel dat door de fabrikant is bestemd om:

- hetzij geheel of gedeeltelijk geïmplant te worden (in een natuurlijke opening of via een medische of chirurgische ingreep);
- hetzij een deel van het epitheelweefsel te vervangen;

hoofdzakelijk voor het verwezenlijken van volgende doelstellingen:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van een verwonding of handicap;
- onderzoek naar, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces.

De belangrijkste beoogde uitwerking wordt niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door metabolismen bekomen, maar kan wel door dergelijke middelen of processen worden ondersteund.

Een implantaat is bestemd om na de ingreep gedurende tenminste 30 dagen geïmplant te blijven. Het is enkel te verwijderen door een medische handeling of chirurgische ingreep.

Niet-terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er geen recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ongeval:

een plotse gebeurtenis die een objectief vast te stellen letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer ligt.

Orthopedisch toestel:

een toestel, apparaat of hulpmiddel dat een valide persoon niet behoeft en dat nodig is om aangetaste of verzwakte lichaamsdelen te steunen, dan wel het gebruik of de functies ervan te bevorderen.

Overstap (naar het CM-Hospitaalplan):

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige commerciële hospitalisatieverzekering of gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering.

De beëindiging van de voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest afgeleverd door de vorige verzekeraar dat uitdrukkelijk de einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij het CM-Hospitaalplan.

Parafarmaceutisch product:

een product of een voorwerp dat niet beantwoordt aan de definitie van geneesmiddel en niet werd geregistreerd als geneesmiddel, maar dat mag aangerekend worden en dat aangewend wordt in de medische behandeling van een ziekte of aandoening zoals steunkousen, halskragen,...

Homeopatische middelen en alle producten voor persoonlijke verzorging, hygiëne en comfort (zoals scheergel, tandpasta, maandverband, pampers, ...) worden niet als een parafarmaceutisch product beschouwd.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgelegde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

de dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervaldag.

Prothesen:

kunstledematen en toestellen bedoeld om aangetaste lichaamsdelen of organen geheel of gedeeltelijk te vervangen (voorbeelden: armprothesen, haarprothesen, gehoorprothesen, oogprothesen). Inwendige prothesen (voorbeelden: knieprothesen, heupprothesen) maken deel uit van de implantaten (zie hoger).

Remgeld (persoonlijk aandeel):

verschil tussen het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV en de tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Synthesemateriaal:

elk synthetisch of lichaamsvreemd materiaal, instrument, apparaat, hulpmiddel, elke stof of elk artikel bestemd voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van een ziekte, verwonding of handicap;
- onderzoek, vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces waarbij de belangrijkste beoogde werking op het menselijk lichaam niet met farmacologische, chemische of immunologische middelen of door het metabolisme wordt bereikt.

Het synthesemateriaal dringt gedurende de beoogde tijdsduur gedeeltelijk of volledig in het lichaam binnen door een chirurgische ingreep, via een natuurlijke lichaamsopening of door het lichaamsoppervlak heen.

Terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Thuisbevalling:

bevalling zonder hospitalisatie of daghospitalisatie.

Toezicht, raadplegingen, onderzoeken, behandelingen:

medische en paramedische prestaties verstrekt of voorgeschreven door een arts en opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Verblijfskosten:

kosten samengesteld uit het kamersupplement, het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen.

Verpleegdag:

de kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting en voor één bijkomende hospitalisatiedag indien de ziekenhuisopname begon voor 12 uur en het ontslag gegeven werd na 14 uur.

Verzekeraar

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01

Verzekerden:

de gerechtigden en personen ten laste die bij het CM-Hospitaalplan zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de MOB waarmee de MOB aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringsnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij het CM-Hospitaalplan ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan het CM-Hospitaalplan onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst

de verzekeringsovereenkomst bestaat uit de algemene en de bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Voorafbestaande toestand:

elke aandoening, ziekte of zwangerschap die de verzekerde heeft op het ogenblik van de aansluitingsdatum, die hetzij op de medische vragenlijst is vermeld, hetzij - al dan niet opzettelijk - niet op de medische vragenlijst is vermeld, maar zich op de datum van aansluiting reeds op de één of andere manier had gemanifesteerd.

Wettelijke terugbetaling:

- voor de kosten gemaakt in België: elke terugbetaling bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- voor de kosten gemaakt buiten Belgisch grondgebied: elke terugbetaling bepaald hetzij door de in het betrokken land geldende wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hetzij door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum, waarvoor de premie dient te worden betaald, maar waarin het recht op tegemoetkoming nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op tegemoetkoming.

Ziekte:

aantasting van de gezondheid die te wijten is aan een andere oorzaak dan ongeval en die gepaard gaat met objectieve ziekteverschijnselen die de diagnose ervan onbetwistbaar maken.

Ziekenhuis:

instelling die als dusdanig wettelijk is erkend (artikel 2 van de gecoördineerde wet van 07 augustus 1987 op de ziekenhuizen) en waar gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen. Worden bijgevolg onder meer niet als een ziekenhuis beschouwd: medisch-pedagogische instellingen, rust- en verzorgingshuizen, instellingen voor thermale kuren, revalidatiecentra, sanatoria en preventoria, rusthuizen voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die een bijzondere erkenning als RVT hebben.

Aansluitingsvoorwaarden

ARTIKEL 72.

Het CM-Hospitaalplan kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan het CM-Hospitaalplan ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering tenzij hij met een attest aantoonst dat hij of zijn personen ten laste reeds bij een gelijkaardige kostendekkende verzekering is of zijn aangesloten.

In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan in zoverre die ouder ook aansluit of is aangesloten bij deze verzekering of met een attest aantoonst dat hij reeds bij een gelijkaardige kostendekkende verzekering is/aangesloten.

Om bij het CM-Hospitaalplan te kunnen aansluiten en aangesloten blijven, moeten de verzekerden aan volgende voorwaarden voldoen:

1. aangesloten zijn bij een ziekenfonds vermeld in artikel 5 voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de bijdragebetaling overeenkomstig de betreffende statutaire bepalingen van het ziekenfonds;
2. een medische vragenlijst invullen voor elke verzekerde.
De medische vragenlijst dient opgemaakt en ondertekend ten vroegste 3 maand voor de aansluitingsdatum. Deze vragenlijst moet niet worden ingevuld:
 - door de persoon ten laste die gerechtigde wordt - of omgekeerd - indien de aansluiting bij het CM-Hospitaalplan niet wordt onderbroken;
 - door de persoon die tot en met de dag voorafgaand aan de aansluitingsdatum minstens 5 jaar ononderbroken was aangesloten bij een gelijkaardige kostendekkende mutualistische verzekering;
 - voor pasgeborenen en geadopteerden die vallen onder de toepassing van artikel 78.

Aanvang, duur en einde van de aansluiting

ARTIKEL 73.

Aanvang en duur van de aansluiting

De overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering zoals die opgenomen zijn in deze statuten;
- de bijzondere voorwaarden die vermeld worden op de verzekeringsaanvraag zoals bepaald in artikel 64, §2 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De verzekeringsnemer heeft alsnog het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang behalve bij opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze statuten.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig cfr. artikel 59 van de verzekeringswet van 4 april 2014

ARTIKEL 74.

Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, neemt zijn/haar aansluiting een einde. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Indien een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigde wordt, kan hij de verzekering als verzekeringsnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is vermeld in artikel 70, neemt de aansluiting een einde op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringsnemer neemt de aansluiting een einde. Er is, onverminderd de toepassing van artikel 73, 3° lid, een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte ter post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).
4. Elke verzekeringsnemer dient de volledige premies voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste te betalen vóór de vervaldag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premies stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Indien de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgiftedatum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgiftedatum.

Indien de verzekeringsnemer binnen de vijftien dagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog steeds niet heeft betaald wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

In geval de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstallen uit het verleden zijn betaald. Daarbij moet een nieuwe wachttijd worden volbracht met inachtnaam van artikel 75. Tevens is de bijzondere waarborg voor voorafbestaande toestand zoals omschreven in punt 6 van artikel 85 opnieuw van toepassing en dient een nieuwe medische vragenlijst te worden ingevuld.

Bij overlijden van de verzekeringsnemer kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten in zoverre ze zelf verzekeringsnemer worden of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer

Wachttijden

ARTIKEL 75.

Algemene wachttijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na een algemene wachttijd van 3 maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Deze algemene wachttijd is niet van toepassing:

- voor hospitalisaties die het gevolg zijn van een ongeval;
- voor hospitalisaties ten gevolge van volgende acute infectieziekten: bof, buiktyfus, cholera, difterie, dysenterie, encefalitis, febris recurrens, hersenvliesontsteking, kinderverlamming, kinkhoest, malaria, mazelen, miltvuur, paratyfus, pokken, rode hond, roodvonk, tetanus, tyfus, vlektyfus en waterpokken.

De wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijke voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar verzekeringsnemer of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

ARTIKEL 76.

Bijzondere wachttijden

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen gaat het recht op tegemoetkoming in na een wachttijd van 9 maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Deze wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijke voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

Premies

ARTIKEL 77.

De premie wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering en opgenomen in een bijlage bij deze statuten. De Algemene Vergadering kan deze bevoegdheid aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

De premie kan op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de medische indexen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen

overschrijden, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

Het CM-Hospitaalplan is verbonden aan de index van het waarborgtype tweepersoonskamer. De indexering is gelinkt aan de leeftijd.

De aanpassing aan de consumptieprijnsindex gebeurt tot eind 2016 op basis van de verhouding tussen de index van de maand augustus, vanaf 1/1/2017 op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni, van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor Ziekenfondsen.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de bereikte leeftijd op de aansluitingsdatum. Nadien is de premie afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij het CM-Hospitaalplan, zijn tot en met het tweede kalenderjaar na het jaar van hun geboorte vrijgesteld van premiebetaling.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premie leidt in overeenstemming met artikel 74 punt 3 tot stopzetting van de verzekering .

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gekozen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden automatisch teruggestort binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting.

Indien het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, bedraagt de premie vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste de helft van de premie van de premiecategorie tot en met 19 jaar. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.

Geboorte en adoptie

ARTIKEL 78.

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij het CM-Hospitaalplan is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er dient geen wachttijd te worden doorlopen. Er is onmiddellijk recht op tegemoetkoming;
- de waarborg voorafbestaande toestand zoals omschreven in artikel 85, punt 6 is niet van toepassing. Er dient bijgevolg ook geen medische vragenlijst te worden ingevuld;

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan deze voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

Aanvang en einde van de waarborgen

ARTIKEL 79.

1. Kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum worden niet door het CM-Hospitaalplan vergoed.

Een hospitalisatie die aanvangt vóór de aansluitingsdatum is niet gewaarborgd.

2. Kosten gemaakt na beëindiging van de aansluiting worden niet door het CM-Hospitaalplan vergoed, tenzij kosten voor hospitalisaties die begonnen voor de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst en zonder onderbreking doorlopen na de beëindiging.

3. De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Indien de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren. De verzekeraar behoudt zich het recht voor om onrechtmatig verkregen tegemoetkomingen met alle rechtsmiddelen terug te vorderen van de verzekerde die ze ontving.

Waarborgen

ARTIKEL 80.

Algemene bepalingen

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld, vergoedt het CM-Hospitaalplan enkel kosten waarvoor recht is op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Kosten die vallen onder de waarborgen van het CM-Hospitaalplan, maar die gemaakt werden buiten Belgisch grondgebied, worden betaald na aftrek van de tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de tegemoetkoming die voorzien is vanwege de dienst 'Dringende medische hulp, bijstand en ziektekostendeckking in het buitenland' georganiseerd door de MOB Diensten en Verrichtingen CM-Vlaanderen.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op een tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de wachttijd nog niet hebben volbracht, wordt door het CM-Hospitaalplan dezelfde tegemoetkoming toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht zouden hebben.

De tegemoetkomingen betaald of nog te betalen door de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het Federaal agentschap voor beroepsrisico's of iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is, worden in mindering gebracht van de ingediende kosten.

Verzekerden die reeds een tegemoetkoming genoten in uitvoering van een andere commerciële individuele of collectieve verzekering of een vergoeding ontvingen van eender welke aard kunnen een kopie van de factuur en de onkostennota's en van de afrekening vanwege de andere verzekeringsmaatschappij of instantie aan de MOB overmaken. Het CM-Hospitaalplan betaalt dan de tegemoetkoming die de verzekerde zou krijgen indien hij/zij geen commerciële individuele of collectieve verzekering had, maar beperkt tot het resterend bedrag ten laste van de verzekerde na tussenkomst van de andere verzekering.

De verzekerde meldt bij de schadeaangifte het bestaan van om het even welke andere verzekering die voorziet of kan voorzien in een terugbetaling van de gemaakte kosten.

Ingeval een hospitalisatie betrekking heeft op feiten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht, wordt de verzekering door de verzekerde gesubrogeerd voor de tegemoetkomingen door de verzekering

betaald. De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde tegemoetkomingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, buitenlandse wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

ARTIKEL 81.

Basiswaarborg

De basiswaarborg omvat de waarborg hospitalisatie, de waarborg pre- en posthospitalisatie en de waarborg ambulante kosten ernstige zieken.

ARTIKEL 82.

Waarborg hospitalisatie

Bij een hospitalisatie in een algemeen ziekenhuis ten gevolge van ziekte, ongeval, bevalling of zwangerschapsverwikkeling vergoedt het CM-Hospitaalplan de hierna vermelde kosten voor medisch noodzakelijke en verantwoorde prestaties die tijdens de duur van de hospitalisatie werden gemaakt.

1. Wettelijke forfaits en remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.
2. Verblijfskosten
 - Het persoonlijk aandeel in de verpleegdag en het forfait voor de geneesmiddelen worden volledig vergoed, ongeacht de kamerkeuze.
 - Het kamersupplement op een éénpersoonskamer wordt vergoed tot maximaal 55 euro per dag.
3. Honorariumsupplementen
In zoverre deze supplementen wettelijk mogen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
4. Honoraria buiten de Verplichte Verzekering
Honoraria voor prestaties die wettelijk mogen worden aangerekend maar waarvoor geen terugbetaling is voorzien door de Verplichte Verzekering worden vergoed tot 200 euro per hospitalisatie in zoverre ze niet vallen onder de algemene uitsluitingen van de verzekering.
5. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed. Kosten voor aanpassingen zonder tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en kosten voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.
6. Implantaten en parafarmaceutische producten
 - Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
 - Niet-terugbetaalbare implantaten en parafarmaceutische producten worden volledig vergoed in zoverre deze wettelijk mogen worden aangerekend.
 - De tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare implantaten en parafarmaceutische producten is beperkt tot 2.500 euro per hospitalisatie.
7. Geneesmiddelen
 - Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
 - Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

- De tegemoetkoming voor de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen is beperkt tot 2.500 euro per hospitalisatie.

8. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt vergoed tot maximum 1.000 euro per hospitalisatie.

9. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.

Voor een voorafbestaande toestand, borstverkleining of ingreep ter behandeling van zwaarlijvigheid is deze waarborg hospitalisatie niet van toepassing, maar geldt de betreffende bijzondere waarborg.

ARTIKEL 83.

Waarborg pre- en posthospitalisatie

Het CM-Hospitaalplan vergoedt de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand vóór het begin tot drie maanden na het einde van een gewaarborgde hospitalisatie.

1. Remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer worden volledig vergoed.
2. Honorariumsupplementen
In zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
3. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

Kankerpatiënten hebben recht op een tegemoetkoming tot maximum 1.500 euro in de kosten voor de aankoop van een tweede haarprothese indien die werd aangekocht na drie jaar te rekenen vanaf de factuurdatum van de eerste door deze verzekering terugbetaalde haarprothese.

4. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
5. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.
6. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.
7. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.
8. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.
9. Het wettelijk remgeld voor dringend ziekenvervoer naar het ziekenhuis tot maximum 250 euro per kalenderjaar op voorwaarde dat het vervoer onmiddellijk gevolgd wordt door een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde opname in het ziekenhuis.
10. De kosten voor verblijf van de verzekerde in een door de Raad van Bestuur erkende hersteldienst, worden vergoed. De tegemoetkoming bedraagt 50 % van het dagtarief voor maximaal 30 dagen per kalenderjaar.

De waarborg pre- en posthospitalisatiekosten geldt enkel voor de kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde hospitalisatie.

Deze waarborg geldt niet in geval van:

- daghospitalisatie waarbij enkel een forfait chronische pijn 1 of 2 of 3, een miniforfait of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, een forfait manipulatie poortkatheter, forfait oncologische basiszorg of een forfait gipskamer werd aangerekend;
- hospitalisaties voor tandzorgen en het verwijderen van wijsheidstanden, zoals omschreven in punt 9 van artikel 85.

ARTIKEL 84.

Waarborg ambulante kosten ernstige ziekten

Deze waarborg geldt voor ambulante kosten die rechtstreeks in verband staan met de volgende ernstige ziekten waarvan de diagnose wordt bevestigd:

- kwaadaardige tumoren (bijvoorbeeld kanker), hersentumoren, kwaadaardige bloedziekten (bijvoorbeeld leukemie, ziekte van Hodgkin): bevestigd door anatoompathologisch onderzoek;
- Neuromusculaire aandoeningen zoals omschreven in de revalidatieovereenkomst met de referentiecentra (o.a. multiple sclerose (MS), amyotrofe lateraalsclerose,...) ziekte van Parkinson, meningitis, encefalitis, poliomyelitis: bevestigd door een specialist in de zenuwziekten;
- tuberculose, aids, brucellose, cholera, levercirrose ten gevolge van hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur: bevestigd door een biologisch onderzoek en een biologische of bacteriologische test;
- sarcoïdose, diabetes type I, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose, systeemsclerodermie met orgaanaantasting, ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa: door een specialist in de inwendige ziekten.

Het CM-Hospitaalplan vergoedt de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten.

1. Remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer wordt volledig vergoed.
2. Honorariumsupplementen
In zoverre deze supplementen wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV.
3. De eerste terugbetaalbare prothese of het eerste terugbetaalbare orthopedisch toestel op doktersvoorschrift wordt volledig vergoed, op voorwaarde dat de plaatsing niet is gebeurd tijdens een gewaarborgde hospitalisatie. Kosten voor aanpassingen zonder wettelijke terugbetaling en voor onderhoud, herstelling en vervanging worden niet vergoed. Voor kinderen worden ook de latere terugbetaalbare prothesen of orthopedische toestellen volledig vergoed in de mate dat de plaatsing is vereist door het groeiproces en dit tot de leeftijd van 21 jaar.

Kankerpatiënten hebben recht op een tegemoetkoming tot maximum 1.500 euro in de aankoop van een tweede haarprothese indien die werd aangekocht na drie jaar te rekenen vanaf de factuurdatum van de eerste door deze verzekering terugbetaalde haarprothese.

4. Terugbetaalbare implantaten worden volledig vergoed.
5. Terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

6. Terugbetaalbaar synthesemateriaal wordt volledig vergoed.
7. Terugbetaalbaar gipsmateriaal wordt volledig vergoed.
8. Terugbetaalbaar stoma- en incontinentiemateriaal wordt volledig vergoed.
9. Huur van medisch noodzakelijke hulpmiddelen wordt volledig vergoed.

De kosten vanaf de diagnosedatum en in de maand voor de diagnosedatum kunnen voor vergoeding in aanmerking worden genomen.

ARTIKEL 85.

Bijzondere waarborgen

De bijzondere waarborgen omvatten de tegemoetkomingen voor de hierna vermelde specifieke kosten.

1. Bij-overnachting (rooming-in)

De oplegkosten voor één inslapende in de ziekenhuiskamer van een gehospitaliseerde verzekerde worden vergoed met een maximum van 35 euro per dag.

Als oplegkosten worden aangenomen de kosten voor verblijf op de kamer van de gehospitaliseerde, exclusief de maaltijden en eventuele afzonderlijk aangerekende diverse kosten.

2. Donoren

De verblijfskosten verbonden aan het donorschap dat voor de behandeling van de verzekerde (= de receptor) medisch is vereist, worden volledig vergoed op voorwaarde dat de donor zich bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap en er geen andere financiële tegemoetkoming is voorzien.

3. Vruchtbaarheidsbehandelingen

Voor medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen (bijvoorbeeld kunstmatige inseminatie of in vitro fertilisatie) kent het CM-Hospitaalplan de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie.

In zijn totaliteit en ongeacht het aantal vruchtbaarheidsbehandelingen is deze tegemoetkoming evenwel beperkt tot maximum 1.000 euro per verzekerde.

Bij een vruchtbaarheidsbehandeling zijn de bepalingen inzake voorafbestaande toestand niet van toepassing.

Voor vruchtbaarheidsbehandelingen gaat het recht op tegemoetkoming in na een wachttijd van 9 maanden te rekenen vanaf de aansluitingsdatum.

Deze wachttijd wordt verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijke voorafgaande aansluiting:

- bij overstap vanuit een gelijkaardige mutualistische hospitalisatieverzekering;
- bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.

Een hospitalisatie die aanvangt tijdens de wachttijd en die voortduurt na de wachttijd, is niet gewaarborgd.

4. Thuisbevalling

Het CM-Hospitaalplan vergoedt bij een thuisbevalling de hierna vermelde medisch noodzakelijke ambulante kosten die worden gemaakt in de periode van één maand voor en drie maanden na de bevalling:

- remgeld voor geneeskundige verzorging en behandeling uitgevoerd of voorgeschreven door een geneesheer wordt volledig vergoed:

- honorariumsupplementen: in zoverre ze wettelijk kunnen worden aangerekend, worden ze vergoed tot maximum 100 % van het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV;
- terugbetaalbare geneesmiddelen worden volledig vergoed.

Deze vergoeding geldt enkel voor kosten die rechtstreeks in verband staan met de gewaarborgde thuisbevalling.

Voor de kosten van medisch-technische hulpmiddelen of materiaal wordt een forfaitaire tegemoetkoming van 100 euro toegekend.

5. Opname in een psychiatrisch ziekenhuis

Enkel voor hospitalisaties in een dienst voor kinderneuropsychiatrie (K, dienstcode 340), dagverpleging in een K-dienst (K1, dienstcode 350), in nachtverpleging in een K-dienst (K2, dienstcode 360), in een dienst voor neuropsychiatrie (A, dienstcode 370), dagverpleging in een A-dienst (A1, dienstcode 380), nachtverpleging in een A-dienst (A2, dienstcode 390), een psychiatrische dienst (T, dienstcode 410), dagverpleging in een T-dienst (T1, dienstcode 420), nachtverpleging in een T-dienst (T2, dienstcode 430), dienst intensieve behandeling psychiatrische patiënten (IB, dienstcode 480), of psychogeriatrische aandoeningen (S6, dienstcode 660) kent het CM-Hospitaalplan de vergoedingen toe voorzien onder de waarborg hospitalisatie en de waarborg pre- en posthospitalisatie.

De tegemoetkoming voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis is steeds beperkt tot 1.000 euro per verzekerde en per kalenderjaar.

6. Voorafbestaande toestand

Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande aandoening of ziekte worden tijdens de eerste drie jaren van aansluiting vergoed als volgt:

- bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg;
- bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Hospitalisaties ten gevolge van een voorafbestaande zwangerschap worden tijdens de eerste negen maanden van aansluiting op dezelfde wijze vergoed.

De MOB kan het onopzettelijk verzwijgen of onopzettelijk onjuist meedelen van gegevens bij het invullen van de medische vragenlijst niet inroepen om een toestand te vergoeden overeenkomstig de bijzondere waarborg voorafbestaande toestand, wanneer de symptomen van de voorafbestaande toestand niet werden gediagnosticeerd binnen de 24 maanden na de aansluitingsdatum.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de definitie in artikel 71, worden de hoger vermelde periodes van drie jaar en negen maanden verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

7. Borstverkleiningen

Opnames die betrekking hebben op bortsverkleiningen en de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties worden tijdens de eerste vijf jaar van aansluiting vergoed als volgt:

- bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg;
- bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Na de eerste vijf jaar van aansluiting worden deze kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

De tegemoetkoming is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen steeds beperkt tot 500 euro per verzekerde.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de definitie in artikel 71, wordt de hoger vermelde periode van vijf jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

8. Preventieve borstamputaties

Opnames die betrekking hebben op preventieve borstamputaties en de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties worden tijdens de eerste vijf jaar van aansluiting vergoed als volgt:

- bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg;
- bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Na de eerste vijf jaar van aansluiting worden de kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in de definitie in artikel 71, wordt de hoger vermelde periode van vijf jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

9. Ingrepen ter behandeling van zwaarlijvigheid

Opnames die betrekking hebben op behandelingen van **zwaarlijvigheid (bijvoorbeeld liposucties, gastroplasties, gastric banding, ...)** en de uit deze ingrepen voortvloeiende gevolgen en complicaties worden tijdens de eerste vijf jaar van aansluiting vergoed als volgt:

- bij keuze voor een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer: volgens de basiswaarborg;
- bij keuze voor een éénpersoonskamer: volgens de basiswaarborg, maar zonder vergoeding van de aangerekende honorarium- en kamersupplementen.

Na de eerste vijf jaar van aansluiting worden de kosten vergoed volgens de basiswaarborg.

De tegemoetkoming is in haar totaliteit en ongeacht het aantal behandelingen steeds beperkt tot 1.000 euro per verzekerde.

Bij overstap naar het CM-Hospitaalplan vanuit een mutualistische verzekering met een gelijkaardige dekking zoals omschreven in artikel in de definitie in artikel 71, wordt de hoger vermelde periode van vijf jaar verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die verzekering.

10. Tandzorgen en verwijderen van wijsheidstanden

Terugbetaalbare tandzorgen en het verwijderen van wijsheidstanden worden enkel vergoed volgens de waarborg hospitalisatie.

Daarnaast kent het CM-Hospitaalplan de volledige basiswaarborg toe voor:

- terugbetaalbare tandzorgen die het gevolg zijn van:
 - een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde hospitalisatie ten gevolge van een ongeval of van een ziekte die op zichzelf geen tandheilkundige verzorging of behandeling vereist;
 - een door het CM-Hospitaalplan gewaarborgde ernstige ziekte.
- de tandimplantaten voorzien in artikel 14 l van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen waarvoor een goedkeuring is verleend door het College van geneesheren-directeurs.

11. Tweede medisch advies

Verzekerden kunnen een beroep doen op de dienstverlening tweede medisch advies, verleend door een externe partner waarmee de MOB een overeenkomst heeft afgesloten.

Het tweede medisch advies wordt gegeven door geneesheren-specialisten behorend tot het netwerk van deze partner.

De dienstverlening geldt voor verzekerden die de algemene wachttijd hebben volbracht en te kampen hebben met een ernstige aandoening waarbij er door een geneesheer-specialist reeds een diagnose is gesteld of behandeling is voorgesteld.

Per dossier rekent de MOB aan de verzekerde 30 euro aan. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast volgens de evolutie van de consumptieprijsindex van de maand juni met als basis de index van juni 2014.

Franchise en grensbedragen

ARTIKEL 86.

Franchise

Het CM-Hospitaalplan past geen algemene franchise toe. Er wordt enkel een franchise toegepast op de tegemoetkoming voor honorariumsupplementen bij verblijf op een éénpersoonskamer:

- tijdens een daghospitalisatie bedraagt deze franchise 175 euro per opname;
- tijdens een klassieke opname met overnachting bedraagt deze franchise 100 euro per opname.

Deze franchises zijn toepasbaar per hospitalisatie met een maximum van 350 euro per kalenderjaar.

De franchises worden niet toegepast voor opnames omwille van een bevalling.

De franchise is slechts éénmalig van toepassing voor een hospitalisatie die ononderbroken is en twee kalenderjaren bestrijkt.

ARTIKEL 87.

Algemene grensbedragen

De totale tegemoetkoming in het kader van:

- de waarborg hospitalisatie;
- de waarborg pre- en posthospitalisatie;
- de bijzondere waarborgen;

is beperkt tot 22.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

De tegemoetkoming in het kader van de waarborg ambulante kosten ernstige ziekten is beperkt tot 7.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

ARTIKEL 88.

Bijzondere grensbedragen

Alle buiten Belgisch grondgebied gemaakte kosten worden, indien ze door het CM-Hospitaalplan vergoed worden, vergoed tot maximum 1.000 euro per kalenderjaar en per verzekerde.

De prestaties gefactureerd in vreemde valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële koers van deze valuta op de dag van facturering.

Uitsluitingen

ARTIKEL 89.

De hierna vermelde kosten worden niet door het CM-Hospitaalplan vergoed.

1. Kosten die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwickelingen:
 - (louter) esthetische zorgen of behandeling, verjongingskuren of zorgen met esthetisch oogmerk;
 - preventieve opsporingsonderzoeken;
 - kuurbehandelingen (bijvoorbeeld thermalisme, thalassotherapie en hygiënodieetkuur);
 - borstvergrotingen;
 - behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen;
 - alle tandprothesen of tandimplantaten en alle daaraan verbonden prestaties, andere dan deze vermeld onder artikel 85, punt 9.
2. Kosten tengevolge van een (burger)oorlog of een ramp.
3. Kosten tengevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekerde aantoonbaar:
 - dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, indien deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten.
4. Kosten tengevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortspruiten uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling zijn wel gewaarborgd.
5. Prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid.
6. Kosten voor doelbewuste medische behandelingen in het buitenland waarvoor geen toestemming werd gegeven door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.
7. Kosten die overeenkomstig de Belgische wetgeving niet mogen worden aangerekend.

Verval van recht

ARTIKEL 90.

1. Kosten tengevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddenschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf.
2. Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie van de verzekerde of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen indien:
 - er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval een oorzakelijk verband bestaat;
 - er bewezen wordt dat de verzekerde door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.

3. Kosten tengevolge van de beoefening van volgende gevaarlijke sporten zoals: alpinisme, basejumps, bergbeklimmen, bobsleeën, canyoning, deltavliegen, diepzeeduiken, down-hill, elasticspringen, horse-ball, ijsklimmen, racen (motor, wagen, buitenboordmotor), paraglijding, parasailing, parapente, rafting, rodelen, schansspringen, acrobatisch skiën, skiën buiten piste, snowboard buiten piste, speleologie, ULM, valschermspringen, vechtsporten, zweefvliegen en eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.

Aangifte - uitbetaling - verjaring

ARTIKEL 91.

1. De gewaarborgde kosten worden vergoed na voorlegging van het door de MOB ter beschikking gestelde aangifteformulier samen met de onkostennota's, de afrekening van de tegemoetkomingen vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en ieder bewijs van tegemoetkoming in uitvoering van een andere verzekering.

De verjaringstermijn voor het indienen van deze stukken bedraagt 3 jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde deze ontvangt. Kosten die ten laste blijven van de verzekerde omdat de stukken vervallen zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden niet vergoed.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde tegemoetkoming bedraagt 3 jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd. Een aangetekende brief volstaat om de verjaring te stuiten. De stuiting kan worden hernieuwd.

De toegezonden stukken blijven in het bezit van de MOB.

Indien nodig kan de MOB bijkomende informatie vragen via een daartoe bestemd formulier, dat de huisarts of de behandelende geneesheer moet invullen of kan de MOB vragen nog andere documenten te overhandigen.

2. De betalingen worden uitgevoerd conform de bepalingen op het aangifteformulier en ontslaan de MOB volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.
3. De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de verzekerde. In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de ziekenhuisrekening heeft betaald.
4. De MOB heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid of de volledigheid van de aangiften te laten onderzoeken door een door de MOB aangeduide geneesheer en desgevallend bijkomende informatie op te vragen.
In geval van medische betwisting kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een geneesheer aanstellen om het geschil te beslechten. Indien de geneesheer van de verzekerde en die van de MOB het onderling niet eens worden, zullen zij een derde geneesheer aanduiden om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde geneesheer op verzoek van de meest gerede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid.
De woonplaats van de verzekerde is bepalend voor de bevoegdheid van de rechtbank. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend.
Elke partij draagt de kosten en het honorarium van haar raadslieden. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde geneesheer en de kosten van zijn/haar aanstelling.
5. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.

6. De MOB heeft het recht de gedane verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde of zijn/haar aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de afwerking van de aangifte door de MOB te vergemakkelijken.
7. Indien de verzekerde één van de verplichtingen opgelegd door punten 1, 3 en 4 van dit artikel niet nakomt of bij bedrieglijk opzet, kan de MOB de tegemoetkoming weigeren.

Diverse bepalingen

ARTIKEL 92.

1. Elke klacht met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst kan in eerste instantie gericht worden aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, hetzij per brief Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel, of via e-mail naar verzekeringen@cm.be

Daarnaast kan een klacht ook worden gericht aan:

- Ombudsman CM, Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel, cm.ombud@cm.be.
 - Ombudsman verzekeringen vzw, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as.
2. Voor alle geschillen, behalve deze vermeld onder punt 4 van artikel 91, zijn de rechtbanken van het arrondissement waar de verzekerde is gedomicilieerd bevoegd. In geval de verzekerde gedomicileerd is in het buitenland, is de rechtbank van het arrondissement Brussel bevoegd.
 3. Wijzigingen aan de inhoud van deze verzekering of van de premies worden aan de verzekerden kenbaar gemaakt en gepubliceerd in de ledenbladen en op de website www.cm.be.
 4. Alle kosten, belastingen en rechten geheven of te heffen uit hoofde van deze aansluiting zijn ten laste van de verzekeringnemer.
 5. Ongeacht de lidstaat waar de verzekerde zijn of haar gewone verblijfplaats heeft, is het Belgisch recht van toepassing.
 6. De verzekeringnemer verbindt zich er toe elke adreswijziging dadelijk aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen te melden. De voor de verzekeringnemer bestemde mededelingen zijn geldig gedaan op het laatste door de MOB gekende adres.

ARTIKEL 93 TOT 99.

VRIJ

AFDELING 3

"CM-MediKo Plan"

ARTIKEL 100.

De MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, organiseert vanaf 1 juni 2014 deze verzekering voor de leden en hun personen ten laste die behoren tot de ziekenfondsen vermeld in artikel 5 van deze statuten.

Begripsomschrijvingen

ARTIKEL 101.

Voor deze verzekering worden de volgende begrippen als volgt gedefinieerd.

Aangeboden diensten en verrichtingen:

het geheel van de diensten en verrichtingen die worden georganiseerd door:

- het ziekenfonds;
- de MOB Diensten en verrichtingen CM-Vlaanderen waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Aansluitingsdatum:

de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst door het ziekenfonds van de volledig ingevulde en door de verzekeringsnemer ondertekende verzekeringsovereenkomst of de overeengekomen eerste dag van een volgende maand.

Ambulante prestaties:

vergoedbare medische prestaties en verstrekkingen die door of op voorschrift van RIZIV-erkende zorgverstrekkers en niet tijdens een hospitalisatie of daghospitalisatie worden uitgevoerd.

Behandelingsplan:

Geheel van de voorziene prestaties binnen een orthodontisch traject dat voor de start van de behandeling wordt opgesteld door de tandarts-orthodontist.

Daghospitalisatie:

medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd maar een miniforfait of dringende verzorging in een ziekenhuisbed en/of toediening van geneesmiddel of bloed/labiel bloedproduct via een intraveneus infuus, maxiforfait, chirurgisch dagziekenhuis (= forfait heelkundige dienst), forfait gipskamer, dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met groep 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter, maxiforfait (pediatrie) monotherapie, maxiforfait (pediatrie) combitherapie of een forfait oncologische basiszorg.

Forfait voor apparatuur:

Door de nomenclatuur voorziene prestatie ter vergoeding van de apparatuur, geplaatst bij het begin van:

- een regelmatige orthodontische behandeling (nomenclatuurcode 305631)
- een vroege orthodontische behandeling (nomenclatuurcode 305933)

Franchise:

deel van de kosten dat steeds ten laste van de verzekerde blijft.

Gelijkaardige verzekering:

verzekering tegen ambulante ziektekosten met dezelfde deelwaarborgen als het CM-MediKo Plan en een jaarlijks globaal plafondbedrag van minstens 2.500 euro per persoon.

Gerechtigde:

natuurlijk persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij één van de ziekenfondsen van de MOB is aangesloten.

Hoorapparaat:

hoortoestel waarvoor er recht op tegemoetkoming bestaat in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Hospitalisatie:

iedere medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd

Niet-terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er geen recht is op een tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Nomenclatuur (van de geneeskundige verstrekkingen)

gecodeerde lijst met de geneeskundige verstrekkingen die de Belgische ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) geheel of gedeeltelijk vergoedt.

Orthodontische behandeling:

diagnose en behandeling van afwijkingen van groei van de kaken en de gebitsontwikkeling.

Overstap naar het CM-MediKo Plan:

aansluiting bij deze verzekering met beëindiging van een onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij een gelijkaardige verzekering tegen ambulante ziektekosten.

De beëindiging van deze voorafgaande aansluiting moet bewezen worden aan de hand van een attest, afgeleverd door de vorige verzekeraar, dat uitdrukkelijk de einddatum aangeeft. Deze einddatum moet vallen in de periode van één dag voor, tot drie maanden na de aansluitingsdatum bij het CM-MediKo Plan.

Parodontologie:

diagnose en behandeling van alle aandoeningen van het tandvlees en/of andere weefsels die rond de tand zitten.

Persoon ten laste:

natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten.

Premieperiode:

in de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst vastgelegde periode waarvoor de premie wordt betaald.

Premievervaldag:

dag voorafgaand aan de premieperiode. De premie moet betaald zijn op de vervaldag.

Reisvaccinaties:

vaccins tegen gele koorts, hepatitis A, buiktyfus, Japanse encefalitis, tekenencefalitis, polio, meningitis A, W en Y

Remgeld (persoonlijk aandeel):

verschil tussen het tarief zoals vastgelegd door het RIZIV en de tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Tandimplantaat:

prothetisch element aangebracht in het kaaksbeen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese.

Tandprothese:

Kunstmatige vervanging van één of meerdere natuurlijke tanden door uitneembare of vaste prothesen, kroon-en brugwerk,... omdat ze verdwenen zijn of niet meer reconstrueerbaar.

Terugbetaalbare verstrekking:

verstrekking waarvoor er recht is op een tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Verzekeraar:

de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen met erkenningsnummer 150/01

Verzekerden:

de gerechtigden en personen ten laste die bij de verzekering zijn aangesloten.

Verzekeringsaanvraag:

formulier dat uitgaat van de MOB waarmee de MOB aanbiedt het risico ten laste te nemen op vraag van de verzekeringsnemer.

Verzekeringsnemer:

de gerechtigde die de aansluiting bij de verzekering ondertekent. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering onderschreven worden zowel door de gerechtigde als door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij die gerechtigde is ingeschreven en dit schriftelijk verzoekt.

Verzekeringsovereenkomst:

de verzekeringsovereenkomst bestaat uit de algemene en de bijzondere voorwaarden van de verzekering.

Voeding- en dieetadvies:

advies gegeven door een diëtist die erkend is door het RIZIV.

Wachttijd:

periode die ingaat vanaf de aansluitingsdatum en waarvoor de premie dient te worden betaald, maar waarin het recht op tegemoetkoming nog niet is geopend. De wachttijd eindigt met het ontstaan van het recht op tegemoetkoming.

Wettelijke terugbetaling:

elke tegemoetkoming bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Aansluitingsvoorwaarden

ARTIKEL 102.

De verzekering kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde. In geval van feitelijke scheiding kan de verzekering ook worden onderschreven door de echtgeno(o)t(e) die als persoon ten laste bij de gerechtigde is ingeschreven.

De gerechtigde die wil aansluiten bij de verzekering dient zichzelf en alle personen die bij hem ten laste staan voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan te sluiten bij de verzekering tenzij hij met een attest aantoont dat hij of zijn personen ten laste reeds bij een gelijkaardige verzekering is of zijn aangesloten. In geval van feitelijke of wettelijke scheiding kunnen de kinderen ten laste desgewenst worden verzekerd via de ouder bij wie ze niet ten laste staan in zoverre deze aansluit of is aangesloten bij de verzekering of met een attest aantoont dat hij reeds bij een gelijkaardige verzekering is aangesloten.

Om bij de verzekering aan te sluiten en aangesloten te blijven, moeten de verzekerden aangesloten zijn bij een ziekenfonds vermeld in artikel 5 voor de aangeboden diensten en verrichtingen en in orde zijn met de bijdragebetaling overeenkomstig de betreffende statutaire bepalingen van het ziekenfonds;

Aanvang, duur en einde van de aansluiting

ARTIKEL 103.

Aanvang en duur van de aansluiting

De overeenkomst komt tot stand bij de ondertekening van de verzekeringsaanvraag of de bijzondere voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst door de verzekeringsnemer en de eerste premiebetaling.

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- de algemene voorwaarden van de verzekering zoals die opgenomen zijn in deze statuten;
- de bijzondere voorwaarden zoals bepaald in artikel 64, §2 van de verzekeringswet van 4 april 2014

De verzekeringsnemer heeft het recht om, binnen de veertien dagen na ontvangst door de MOB van de ondertekende verzekeringsaanvraag, de overeenkomst schriftelijk op te zeggen met onmiddellijk gevolg op het ogenblik van de kennisgeving.

De waarborg vangt aan op de aansluitingsdatum en geldt levenslang behalve bij opzegging van de overeenkomst door de verzekeringsnemer, het niet betalen van de premie en in het geval van fraude, zoals omschreven in deze statuten.

Wanneer het opzettelijk verzwijgen of het opzettelijk onjuist meedelen van gegevens over het risico de verzekeraar misleidt bij de beoordeling van dat risico is de verzekeringsovereenkomst nietig cfr. artikel 59 van de verzekeringswet van 4 april 2014

ARTIKEL 104.

Einde van de aansluiting

1. Zodra een verzekerde niet langer voldoet aan één van de aansluitingsvoorwaarden, neemt zijn/haar aansluiting een einde. De aansluiting geldt tot en met de laatste dag waarop aan alle aansluitingsvoorwaarden was voldaan.
2. Indien een verzekerde persoon ten laste zelf gerechtigd wordt, kan hij de verzekering als verzekeringsnemer ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten. Bij overgang of mutatie naar een ziekenfonds dat niet is vermeld in artikel 100, neemt de aansluiting een einde op de laatste dag van de maand voorafgaand aan deze van de overgang of mutatie.
3. Bij opzegging per brief door de verzekeringsnemer neemt de aansluiting een einde. Er is, onverminderd de toepassing van artikel 103, 3° lid, een opzegtermijn van één maand die ingaat vanaf de dag die volgt op de afgifte ter post (in geval van een aangetekend schrijven), de betekening (opzeg bij deurwaardersexploot) of de datum van het ontvangstbewijs (afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs).
4. Elke verzekeringsnemer dient de volledige premie voor zichzelf en zijn/haar personen ten laste te betalen vóór de vervaldag. Bij niet-betaling of onvolledige betaling van de premie stuurt de verzekeraar een aangetekende brief naar de verzekeringsnemer cfr. artikel 69 tot en met 72 van de verzekeringswet van 4 april 2014. Indien de verzekeringsnemer nalaat de achterstallige premie te betalen binnen de vijftien dagen volgend op de afgiftedatum van de aangetekende brief op de post, wordt de dekking geschorst vanaf de vijftiende kalenderdag volgend op die afgiftedatum.

Indien de verzekeringsnemer binnen de vijftien dagen, vanaf de eerste dag van de schorsing, de premie nog steeds niet heeft betaald wordt de verzekeringsovereenkomst stopgezet op de vijftiende dag na de eerste dag van de schorsing.

Er is geen recht op vergoeding van schadegevallen die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. Tijdens de schorsingsperiode blijven de premies verschuldigd.

In geval de verzekeringsovereenkomst wordt stopgezet kan men pas opnieuw aansluiten als aan alle aansluitingsvoorwaarden is voldaan en eventuele premieachterstanden uit het verleden zijn betaald. Verzekerden die zelf de verzekering stopzetten of waarvoor de verzekering bij het CM-MediKo Plan wordt stopgezet door de MOB om redenen zoals omschreven in deze statuten kunnen pas opnieuw aansluiten na een periode van minstens 3 jaar die ingaat vanaf de datum waarop de vorige aansluiting werd afgesloten. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden als voor een nieuwe aansluiting.

5. Bij overlijden van de verzekeringsnemer kunnen zijn/haar personen ten laste de verzekering ononderbroken verder zetten met behoud van alle rechten in zoverre ze zelf verzekeringsnemer worden of ten laste komen van een andere verzekeringsnemer.

Wachttijd

ARTIKEL 105.

Voor het CM-MediKo Plan gaat het recht op tegemoetkoming in na de volgende wachttijden die ingaan vanaf de aansluitingsdatum:

- drie maanden voor de waarborgen: wettelijk remgeld, vaccinaties en voeding-en dieetadvies;
- zes maanden voor de waarborg oogzorg;
- twaalf maanden voor de waarborgen: parodontologie, tandprothesen en tandimplantaten, orthodontie, hoorapparaten en het bevallingsforfait.

Vermindering wachttijden

- De wachttijden worden verminderd met de periode van ononderbroken onmiddellijke voorafgaande aansluiting:
 - bij overstap vanuit een verzekering met een gelijkaardige dekking zoals bepaald in artikel 101;
 - bij overgang van persoon ten laste naar gerechtigde of omgekeerd.
- Bij overstap naar het CM-MediKo Plan vanuit een tandenverzekering met gelijkaardige waarborgen tandzorgen als die van het CM-MediKo Plan, worden de wachttijden die gelden voor alle door het CM-MediKo Plan gedekte tandzorgen, verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die andere verzekering.

Premies

ARTIKEL 106.

De premie wordt vastgesteld door de Algemene Vergadering en vermeld in een bijlage bij de statuten. De Algemene Vergadering kan deze bevoegdheid aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

De premie is afhankelijk van de leeftijd van de verzekerde.

In het kalenderjaar van aansluiting wordt de premie bepaald op basis van de leeftijd die elke verzekerde bereikt op de aansluitingsdatum. Nadien is de premie afhankelijk van de toetredingsleeftijd en van de bereikte leeftijd op 31 december van het kalenderjaar voorafgaand aan de premieperiode. De Premie kan op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de medische indexen die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijden, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

Het CM-MediKo Plan is verbonden aan de index van het waarborgtype ambulante zorgen. De indexering is gelinkt aan de leeftijd

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Daarnaast mag de premie slechts worden verhoogd in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de controlewet van 13 maart 2016 en mits goedkeuring door de Controledienst voor Ziekenfondsen.

Kinderen die ten laste staan bij een verzekeringsnemer die is aangesloten bij het CM-MediKo Plan, zijn tot en met het tweede kalenderjaar na het jaar van hun geboorte vrijgesteld van premiebetaling.

Indien het aantal personen ten laste meer bedraagt dan drie, bedraagt de premie vanaf de vierde aangesloten persoon ten laste de helft van de premie van de premie categorie waartoe die behoort. De rangorde wordt bepaald volgens de leeftijd, waarbij de oudste persoon ten laste als eerste persoon ten laste wordt gerangschikt.

De premie is door de verzekeringsnemer verschuldigd vanaf de aansluitingsdatum en voor elke begonnen maand. Niet-betaling van de premie leidt in overeenstemming met artikel 104 vierde punt tot stopzetting van de verzekering.

De periodiciteit voor de premiebetaling is afhankelijk van de door de verzekeringsnemer gekozen betaalwijze.

Onverschuldigde premies worden automatisch en binnen de dertig dagen na het einde van de aansluiting teruggestort.

Premiekorting

Aan verzekerden die uiterlijk op 1 juli 2018 aangesloten zijn bij het CM-MediKo Plan wordt vanaf 2019 een tijdelijke premiekorting toegekend van 15 euro per jaar. De korting wordt toegekend per aangesloten kalenderjaar in het verleden, ongeacht de aansluitingsdatum binnen het aansluitingsjaar.

Er worden kortingsrechten toegekend voor aansluitingen in 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018. De rechten worden via een terugbetaling van premie toegekend in de maand oktober van het jaar zoals aangeduid in onderstaande tabel en in zoverre de verzekerden tot dat ogenblik ononderbroken aangesloten blijven. Bij stopzetting of onderbreking van de aansluiting vervalt het recht op de korting.

Ononderbroken aangesloten vanaf:	2018	2017	2016	2015	2014
Recht op korting in het jaar:	2019	2019	2019	2019	2019
		2020	2020	2020	2020
			2021	2021	2021
				2022	2022

De jaren van aansluiting waarin kinderen vrijgesteld waren van premiebetaling worden ook meegerekend als jaren waarvoor een korting wordt toegekend op voorwaarde dat er in het jaar waarin de korting wordt toegekend een premie wordt betaald. De korting kan nooit meer bedragen dan de totale premie die betaald wordt in het jaar van toekenning.

Geboorte en adoptie

ARTIKEL 107.

Voor een pasgeboren of geadopteerd kind dat ten laste komt te staan van een verzekeringsnemer die op de geboortedatum of adoptiedatum bij het CM-MediKo Plan is aangesloten, gelden volgende bijzondere bepalingen:

- de geboortedatum of adoptiedatum geldt als aansluitingsdatum;
- er dient geen wachttijd te worden doorlopen. Er is onmiddellijk recht op tegemoetkoming;

Voor een pasgeborene of geadopteerde die niet aan deze voorwaarden voldoet, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

Aanvang en einde van de waarborg

ARTIKEL 108.

Kosten gemaakt vóór de aansluitingsdatum en na beëindiging van de aansluiting worden niet vergoed.

De verzekerde moet op verzoek van de verzekeraar alle nuttige informatie verstrekken en op de gestelde vragen antwoorden teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Indien de verzekerde vanuit bedrieglijk opzet informatie achterhoudt of onjuist verstrekt, kan de verzekeraar voor het concrete schadegeval zijn dekking weigeren.

De MOB behoudt zich het recht voor om onrechtmatig verkregen tegemoetkomingen met alle rechtsmiddelen terug te vorderen van de verzekerde die ze ontving.

Waarborgen

ARTIKEL 109.

Algemene bepalingen

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld wordt, waarborgt het CM-MediKo Plan enkel kosten:

- waarvoor recht is op een tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- die zich voordoen buiten een periode van hospitalisatie of daghospitalisatie;
- voor prestaties die in België voorgeschreven zijn en in België verstrekt worden;
- voor prestaties van diagnostische en/of curatieve aard die uitgevoerd of voorgeschreven zijn door een RIZIV-erkend zorgverstrekker.

Aan verzekerden die tijdelijk geen recht hebben op een tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen omdat ze niet in regel zijn of de

wachttijd nog niet hebben volbracht, wordt dezelfde tegemoetkoming toegekend als deze die ze zouden krijgen indien ze wel recht zouden hebben.

De tegemoetkomingen die voorzien worden door de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallenverzekering, het Federaal agentschap voor beroepsrisico's of iedere andere vergoeding van een verzekering, kas, fonds, organisme of instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is, worden in mindering gebracht van de ingediende kosten.

Verzekerden die reeds een tegemoetkoming genoten in uitvoering van een andere individuele of collectieve verzekering of een vergoeding ontvingen van eender welke aard kunnen een kopie van de factuur en de onkostennota's en van de afrekening van de andere verzekeringsmaatschappij of instantie aan de MOB overmaken. De MOB betaalt dan de tegemoetkoming die de verzekerde zou krijgen indien hij/zij geen individuele of collectieve verzekering had, maar beperkt tot het resterend bedrag per deelwaarborg ten laste van de verzekerde na tussenkomst van de andere verzekering.

De terugbetalingen van het CM-MediKo Plan mogen gecumuleerd worden met de waarborgen 'pre- en posthospitalisatie' en 'ernstige ziekten' van het CM-Hospitaalplan zoals beschreven in deze statuten. Het totaal terugbetaalde bedrag kan evenwel nooit hoger zijn dan het bedrag van de gedekte waarborgen en de in werkelijkheid gefactureerde kosten.

De verzekerde meldt bij de schadeaanfijfde het bestaan van om het even welke andere verzekering die voorziet of kan voorzien in een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van de gemaakte kosten.

Ingeval de terugbetaling betrekking heeft op kosten waarvoor schadeloosstelling is voorzien krachtens een andere Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht, wordt de verzekering door de verzekerde gesubrogeerd voor de tegemoetkomingen door de verzekering betaald. De verzekering kan overgaan tot terugvordering van uitbetaalde tegemoetkomingen bij degene die schadeloosstelling is verschuldigd krachtens de andere Belgische wetgeving, buitenlandse wetgeving of het gemeen recht. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degenen die schadeloosstelling zijn verschuldigd.

ARTIKEL 110.

Basiswaarborgen

Het CM-MediKo Plan omvat volgende waarborgen:

- Wettelijke remgeld;
- Tandzorgen;
- Oogzorg;
- Hoorapparaten;
- Vaccinaties;
- Bevallings;
- Voeding- en dieetadvies.

ARTIKEL 111.

Wettelijk remgeld

Het CM-MediKo Plan dekt 75% van het wettelijk remgeld voor onderstaande ambulante raadplegingen en technische verstrekkingen tot maximum 1.500 euro per verzekerde per jaar:

- de raadplegingen en bezoeken van algemeen geneeskundigen en specialisten: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 2
- de technisch-medische handelingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 3

- de tandartsen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 5, zonder de tandprothesen, tandimplantaten, abutments, kronen, bruggen en eventuele bijplaatsingen op bestaande tandprothesen die vergoed worden volgens de waarborg tandzorgen van het CM-MediKo Plan.
- de kinesitherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 7
- de verpleegkundige zorgen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 8
- de vroedvrouwen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 9, verplaatsingskosten inbegrepen
- de speciale verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 11
- de medische beeldvorming: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 17, 17bis, 17ter, 17quater
- de radio- en radiumtherapie, de nucleaire geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 18
- de inwendige geneeskunde: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 20
- de dermato-venereologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 21
- de fysiotherapie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 22
- de klinische biologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 24 en 24 bis
- de toeslag urgentie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 26
- de bandagisterie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 27
- de orthopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 29
- de anatomo-pathologie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 32
- de genetiek: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 33 en 33bis
- de interventionele verstrekkingen: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 34
- de logopedie: verstrekkingen van de nomenclatuur: artikel 36

Per verzekerde wordt een franchise van 30 euro toegepast op de totale tegemoetkoming voor het wettelijk remgeld van alle prestaties uit eenzelfde kalenderjaar.

De franchise kan op 1 januari van elk kalenderjaar aangepast worden aan het indexcijfer der consumptieprijzen of aan de algemene medische index die geldt voor de ambulante ziektekostenverzekeringen indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt, zoals bepaald in het K.B. van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de verzekeringswet van 4 april 2014.

De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juni van de twee voorgaande jaren.

Terugbetaling

- De tegemoetkomingen worden uitbetaald op basis van de bij het ziekenfonds ingediende getuigschriften voor verstrekte hulp of op basis van de door de zorgverstrekker via de regeling betalende derde ingediende prestaties in het kader van de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
De berekening van de tegemoetkomingen gebeurt uitsluitend op basis van de wettelijke tarieven opgenomen in de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op basis van het tarief dat wordt toegepast voor wie een globaal medisch dossier heeft bij de huisarts.

ARTIKEL 112.

Tandzorgen

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming voor bestaat, voorziet het CM-MediKoPlan in een tegemoetkoming voor onderstaande tandzorgen die op medisch voorschrift worden uitgevoerd:

- Parodontologie:

de kosten (andere dan het wettelijk remgeld) van parodontologische prestaties tot 500 euro per verzekerde, voor alle prestaties uitgevoerd in eenzelfde kalenderjaar.

- Tandprothesen en tandimplantaten:

de kosten voor de aankoop en het plaatsen van tandprothesen en tandimplantaten tot 500 euro per verzekerde, voor alle prestaties uitgevoerd in eenzelfde kalenderjaar.

Herstellingen en rebaseringen van tandprothesen worden vergoed volgens de waarborg remgeld in artikel 111.

- Orthodontie:

De kosten (andere dan het wettelijk remgeld) van een orthodontische behandeling bij een tandarts-specialist in de orthodontie of een tandarts die hiervoor erkend is door het RIZIV tot maximum 500 euro per behandelingsplan (zie begripsomschrijving).

De vergoeding bedraagt max. 500 euro voor alle behandelingsplannen samen, gestart voor de 18^{de} verjaardag en max. 500 euro voor alle behandelingsplannen samen, gestart na de 18^{de} verjaardag.

Orthodontische behandelingen waarvan de uitvoering van het behandelingsplan (voor orthodontische behandelingen betekent dit het plaatsen van het eerste orthodontisch apparaat binnen het behandelingsplan) is gestart tijdens of voorafgaand aan de wachttijd, worden -ook na het verstrijken van de wachttijd- niet vergoed.

- Voor behandelingen met RIZIV-tegemoetkoming geldt de datum waarop het 'forfait voor apparatuur bij het begin van de behandeling' (zie begripsomschrijving) wordt geattesteerd als datum van plaatsing van het eerste apparaat.
- Voor behandelingen zonder RIZIV-tegemoetkoming moet de datum van de plaatsing van het eerste apparaat binnen het behandelingsplan en de omschrijving van het geplaatste apparaat duidelijk vermeld worden op het aangifteformulier en/of het behandelingsplan.

Enkel prestaties (andere dan het remgeld) die vallen op dezelfde datum van of na de plaatsing van het eerste apparaat binnen het behandelingsplan zijn vergoedbaar binnen deze waarborg.

Bovenstaande tegemoetkomingen in tandzorgen kunnen gecumuleerd worden met de eventuele terugbetaling binnen de waarborg wettelijk remgeld zoals voorzien in artikel 111.

Tandzorgen met een louter esthetisch karakter zoals het bleken van tanden, aanbrengen van facetten en soortgelijke verstrekkingen worden niet vergoed.

Terugbetaling

De terugbetaling van de hierboven vermelde tandzorgen kan slechts gebeuren op basis van de volgende documenten die door de verzekerde aan de verzekeraar worden bezorgd:

- het 'aangifteformulier tandzorgen' dat terug te vinden is op de website www.cm.be/verzekeringen. Dit document wordt door de zorgverstreker en de verzekerde volledig ingevuld en ondertekend, OF
- de factuur of het getuigschrift voor verstrekte hulp met vermelding van het door de patiënt te betalen bedrag.
- Voor orthodontische behandelingen zonder RIZIV-tegemoetkoming: het gedetailleerde behandelingsplan, opgemaakt en ondertekend door de tandarts-orthodontist. Dit document kan op voorhand of samen met de eerste vraag tot terugbetaling aan de verzekeraar bezorgd worden.

Bij het ontbreken van informatie op de gevraagde documenten kan de verzekeraar bijkomende inlichtingen of bewijsstukken vragen.

Overstap vanuit een gelijkaardige tandenverzekering

- Bij overstap naar het CM-MediKo Plan vanuit een tandenverzekering met gelijkaardige waarborgen tandzorgen als die van het CM-MediKo Plan, worden de wachttijden die gelden voor alle door het CM-MediKo Plan gedekte tandzorgen, verminderd met het aantal volledige maanden van ononderbroken onmiddellijk voorafgaande aansluiting bij die andere verzekering.
- Reeds opgestarte orthodontische behandelingen komen enkel voor terugbetaling vanuit de specifieke waarborg orthodontie in aanmerking in zoverre de verzekerde kan aantonen dat het eerste orthodontisch apparaat van het initiële behandelingsplan niet werd geplaatst binnen de eerste twaalf maanden na aansluiting bij de vorige verzekeraar.

ARTIKEL 113.

Oogzorg

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming voor bestaat, voorziet het CM-MediKo Plan in een tegemoetkoming voor de aankoop van corrigerende glazen of contactlenzen, intraoculaire lenzen en ambulante heelkundige correcties van het gezichtsvermogen zoals laserbehandelingen of keratotomie tot 100 euro per verzekerde voor alle prestaties van eenzelfde kalenderjaar.

Brilmonturen en zonnebrillen worden niet vergoed.

Terugbetaling

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van de originele en gedetailleerde factuur van de opticien, desgevallend vergezeld van het getuigschrift voor verstrekte hulp of gedetailleerde ereloonnota van de geneesheer in geval van heelkundige correcties. Deze documenten vermelden het door de patiënt te betalen bedrag.

ARTIKEL 114.

Hoorapparaten

Het CM-MediKo Plan voorziet in een tegemoetkoming tot 500 euro voor de aankoop van een monofoon hoorapparaat en tot 1000 euro voor de aankoop van een stereofoon hoorapparaat zoals omschreven in de definitie in artikel 101.

Enkel hoorapparaten verstrekt op medisch voorschrift, afgeleverd door een RIZIV-erkend audioloog en waarvoor de verzekerde recht heeft op tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, komen in aanmerking voor vergoeding.

Batterijen of ander toebehoren voor de hoorapparaten worden niet vergoed.

Terugbetaling

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van de factuur van de audioloog die het hoorapparaat verstrekt, met vermelding van het door de patiënt te betalen bedrag.

ARTIKEL 115.

Reisvaccinaties

Het CM-MediKo Plan voorziet in een tegemoetkoming tot 25 euro per verzekerde voor alle in eenzelfde kalenderjaar aangekochte vaccins tegen: gele koorts, hepatitis A, buiktyfus, Japanse encefalitis, tekenencefalitis, polio, meningitis A, W en Y.

Terugbetaling

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van het door de verstrekker ondertekende BVAC-attest op naam van de verzekerde dat door de apotheker wordt afgeleverd in het kader van de tegemoetkoming door een bijkomende verzekering of op basis van de factuur van een andere RIZIV-erkende instantie die het vaccin verstrekt of op basis van het door de verstrekker volledig ingevulde en door het ziekenfonds ter beschikking gestelde formulier.

ARTIKEL 116.

Bevallingsforfait

Het CM-MediKo Plan voorziet in een forfaitaire tegemoetkoming van 250 euro in de kosten bij een bevalling van de verzekerde.

Terugbetaling

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van het geboortecertificaat dat door de gemeente wordt verstrekt.

ARTIKEL 117.

Voeding- en dieetadvies

Ongeacht of er al dan niet een wettelijke tegemoetkoming voor bestaat, voorziet het CM-MediKo Plan in een tegemoetkoming tot 40 euro per verzekerde voor kosten van alle prestaties binnen eenzelfde kalenderjaar, die te maken hebben met het verkrijgen van voeding- of dieetadvies van een RIZIV-erkend diëtist.

Terugbetaling

De tegemoetkoming wordt gegeven op basis van de originele factuur van de diëtist of het door de diëtist ingevulde 'aanvraagformulier voor tegemoetkoming voedings- en dieetadvies'. Deze documenten vermelden het door de patiënt te betalen bedrag.

Uitsluitingen

ARTIKEL 118.

De hierna vermelde kosten worden niet door het CM-MediKo Plan vergoed.

1. Kosten die betrekking hebben op volgende prestaties en hun gevolgen en verwickelingen:
 - (louter) esthetische zorgen of behandeling, verjongingskuren of zorgen met esthetisch oogmerk;
 - preventieve opsporingsonderzoeken;
 - kuurbehandelingen (bijvoorbeeld thermalisme, thalassotherapie en hygiënodieetkuur);
 - borstvergrotingen;
 - behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen;
2. Kosten tengevolge van een (burger)oorlog of een ramp.
3. Kosten tengevolge van onlusten, oproer en politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien de verzekerde aantoonbaar:
 - dat hij/zij er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - dat hij/zij is opgetreden met het oog op redding van personen, dieren of goederen, indien deze niet het voorwerp uitmaken van voornoemde feiten.

4. Kosten tengevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks voortspuiten uit ioniserende stralingen en ontstaan zijn door een ramp. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling zijn wel gewaarborgd.
5. Prestaties die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid.
6. Kosten die overeenkomstig de Belgische wetgeving niet mogen worden aangerekend.
7. Extra remgeld of andere toeslagen die aangerekend mogen of moeten worden voor een medische prestatie indien de patiënt de door de overheid genomen maatregelen in het kader van preventie, sensibilisering en echelonnering van de gezondheidszorg niet naleeft.

Verval van recht

ARTIKEL 119.

1. Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad, roekeloze daden, weddenschappen, uitdagingen of vrijwillige deelname aan een misdaad of wanbedrijf.
2. Kosten die het gevolg zijn van een staat van dronenschap of alcoholintoxicatie van de verzekerde of het zonder medisch voorschrift onder invloed staan van verdovende middelen, narcotica, hallucinogenen, andere drugs of geneesmiddelen indien:
 - er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval een oorzakelijk verband bestaat;
 - er bewezen wordt dat de verzekerde door onwetendheid drank of verdovende middelen gebruikte of er door een derde toe werd gedwongen.
3. Kosten ten gevolge van de beoefening van volgende gevaarlijke sporten zoals: alpinisme, basejumps, bergbeklimmen, bobsleeën, canyoning, deltavliegen, diepzeeduiken, down-hill, elasticspringen, horse-ball, ijsklimmen, racen (motor, wagen, buitenboordmotor), paraglijding, parasailing, parapente, rafting, rodelen, schansspringen, acrobatisch skiën, skiën buiten piste, snowboard buiten piste, speleologie, ULM, valschermspringen, vechtsporten, zweefvliegen en eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.

Aangifte - uitbetaling - verjaring

ARTIKEL 119.

1. De verjaringstermijn voor het indienen van schadekosten bedraagt 3 jaar vanaf het einde van de maand waarin de verzekerde deze ontvangt. Kosten die ten laste blijven van de verzekerde omdat de stukken vervallen zijn voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden niet vergoed.

De verjaringstermijn voor de vordering door de MOB tot terugbetaling van een onverschuldigde tegemoetkoming bedraagt 3 jaar vanaf het einde van de maand waarin de uitbetaling is gebeurd. Een aangetekende brief volstaat om de verjaring te stuiten. De stuiting kan worden hernieuwd.

De toegezonden stukken blijven in het bezit van de MOB.

Indien nodig kan de MOB bijkomende informatie vragen, dat de huisarts of de behandelende geneesheer moet invullen of kan de MOB vragen nog andere documenten te overhandigen.

2. De tegemoetkomingen van het CM-MediKo Plan worden gestort op het rekeningnummer dat bij CM gekend is voor de terugbetaling van uw gezondheidszorgen en ontslaan de MOB volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.
3. De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de verzekerde. In geval van overlijden van de verzekerde, wordt de tegemoetkoming uitbetaald aan de natuurlijke persoon die bewijst dat hij/zij de rekening heeft betaald.
4. De MOB heeft het recht op ieder ogenblik de juistheid of de volledigheid van de aangiften te laten onderzoeken door een door de MOB aangeduide geneesheer en desgevallend informatie op te vragen.
In geval van medische betwisting over de medische aspecten van een schadedossier, kunnen de partijen in gemeenschappelijk overleg elk een geneesheer aanstellen om het geschil te beslechten. Indien de geneesheer van de verzekerde en die van de MOB het onderling niet eens worden, zullen zij een derde geneesheer aanduiden om als scheidsrechter op te treden. Wordt men het niet eens over deze benoeming, dan wordt deze derde geneesheer op verzoek van de meest gereede partij door de voorzitter van de bevoegde rechtbank van eerste aanleg aangeduid. De woonplaats van de verzekerde is bepalend voor de bevoegdheid van de rechtbank. De beslissing van deze scheidsrechter is bindend.
Elke partij draagt de kosten en het honorarium van haar raadslieden. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde geneesheer en de kosten van zijn/haar aanstelling.
5. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.
6. De MOB heeft het recht de gedane verklaringen en de antwoorden op haar vragen om inlichtingen te onderzoeken. De verzekerde of zijn/haar aangestelde moet de nodige maatregelen treffen om de afwerking van de aangifte door de MOB te vergemakkelijken.
7. Indien de verzekerde één van de verplichtingen opgelegd door punten 1, 3 en 4 van dit artikel niet nakomt of bij bedrieglijk opzet, kan de MOB de tegemoetkoming weigeren.

Diverse bepalingen

ARTIKEL 120.

1. Elke klacht met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst kan in eerste instantie gericht worden aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen, hetzij per brief Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel, of via e-mail naar verzekeringen@cm.be

Daarnaast kan een klacht ook worden gericht aan:

- Ombudsman CM, Haachtsesteenweg 579, 1031 Brussel, cm.ombud@cm.be.
- Ombudsman verzekeringen vzw, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, www.ombudsman.as.

1. Voor alle geschillen, behalve deze vermeld onder punt 4 van artikel 119, zijn de rechtbanken van het arrondissement waar de verzekerde is gedomicilieerd bevoegd. In geval de verzekerde gedomicilieerd is in het buitenland, is de rechtbank van het arrondissement Brussel bevoegd. De verjaringstermijn voor het betwisten van de beslissingen van de MOB bedraagt drie jaar, vanaf het einde van de maand waarin de beslissing aan de verzekerde werd toegestuurd.
2. Wijzigingen aan de inhoud van deze verzekering of van de premies worden aan de verzekerden kenbaar gemaakt en gepubliceerd in de ledenbladen en op de website www.cm.be.

3. Alle kosten, belastingen en rechten geheven of te heffen uit hoofde van deze aansluiting zijn ten laste van de verzekeringsnemer.
4. Ongeacht de lidstaat waar de verzekerde zijn of haar gewone verblijfplaats heeft, is het Belgisch recht van toepassing.
6. *De verzekeringnemer verbindt zich er toe elke adreswijziging dadelijk aan de MOB Verzekeringen CM-Vlaanderen te melden. De voor de verzekeringnemer bestemde mededelingen zijn geldig gedaan op het laatste door de MOB gekende adres.*

ARTIKEL 121 TOT 129.

VRIJ

HOOFDSTUK V: Begrotingen en jaarrekeningen

ARTIKEL 130.

De MOB voert een jaarrekening overeenkomstig de principes en bepalingen van de controlewet van 13 maart 2016 en het koninklijk besluit van 17 november 1994 betreffende de jaarrekening van de verzekeringsondernemingen.

HOOFDSTUK VI: Subrogatie

ARTIKEL 131.

Indien de tegemoetkomingen plaats hadden ingevolge een schadegeval met verantwoordelijke derde, subrogeert de verzekerde de MOB. Deze kan overgaan tot de terugvordering van de betaalde tegemoetkomingen bij de verzekeringsmaatschappij of de verantwoordelijke derde rekening houdend met artikel 95 van de verzekeringswet van 4 april 2014

HOOFDSTUK VII: fusie, omvorming, ontbinding en vereffening

ARTIKEL 132.

De Algemene Vergadering kan in een buitengewone zitting beslissen om de MOB te fusioneren met een andere MOB in zoverre de erbij aangesloten ziekenfondsen tot de Landsbond van de Christelijke Mutualiteiten behoren en zoals bepaald wordt in artikel 44bis van de wet van 6 augustus 1990.

ARTIKEL 133.

De Algemene Vergadering kan in een buitengewone zitting beslissen om de MOB om te vormen tot een andere juridische vorm zoals vermeld in artikel 33 van de controlewet van 13 maart 2016. De omvorming gebeurt op de wijze beschreven in artikel 56 en volgende van de wet van 26 april 2010.

ARTIKEL 134.

De MOB kan ontbonden worden door een beslissing van de Algemene Vergadering in buitengewone zitting samengeroepen. De bepalingen van de wet van 06 augustus 1990 zijn hierop van toepassing.

De ontbinding en de aanwending van de beschibare reserves gebeuren op de wijze beschreven in artikel 45 en volgende van de wet van 6 augustus 1990 en in de controlewet van 13 maart 2016.

De Algemene Vergadering van de MOB wijst in geval van ontbinding van de MOB de vereffenaar aan en bepaalt zijn taken. De Algemene Vergadering beslist over de procedure van vereffening die gevolgd zal worden.

Gedurende de duur van de MOB is elke verdeling van gelden verboden.

HOOFDSTUK VIII: Scheidsrechterlijke uitspraak

ARTIKEL 135.

Onverminderd de bevoegdheid van de rechtbanken , kunnen de bij een ontstaan geschil betrokken partijen beslissen dit bij scheidsrechterlijke overeenkomst aan een scheidsgerecht te onderwerpen volgens de procedure die door het Gerechtelijk Wetboek is vastgesteld.

PREMIETABELLEN

PREMIETABEL CM-HOSPITAALPLAN

LEEFTIJD	JAARPREMIE 2020	MAANDPREMIE 2020
Instappers jonger dan 60 jaar		
Pasgeborenen	0,00	0,00
0-2 (gratis - verbonden aan voorwaarden)	0,00	0,00
0-19	48,96	4,08
20-24	48,96	4,08
25-34	112,68	9,39
35-49	112,68	9,39
50-59	131,04	10,92
60-64	225,24	18,77
65-69	235,08	19,59
70+	348,72	29,06
vanaf 4de persoon ten laste	24,48	2,04
Instappers vanaf 60 jaar		
60-64	292,92	24,41
65-69	305,40	25,45
70+	418,68	34,89
Instappers vanaf 66 jaar		
66-69	352,44	29,37
70+	523,44	43,62

instapper vanaf 60 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt

instapper vanaf 66 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 66 jaar heeft bereikt

Leden aangesloten bij het CM-Hospitaalplan en CM-Medikoplan krijgen een korting van 5% op de maandpremie van het CM-Hospitaalplan voor elke maand dat men bij beide verzekeringen is aangesloten.

PREMIETABEL CM-HOSPITAALFIX

LEEFTIJD	JAARPREMIE 2020	MAANDPREMIE 2020
Instappers jonger dan 60 jaar		
Pasgeborenen	0,00	0,00
0-2 (gratis - verbonden aan voorwaarden)	0,00	0,00
0-17	2,76	0,23
18-24	4,08	0,34
25-59	24,00	2,00
60-64	41,76	3,48
65 - 69	63,36	5,28
70 - 74	72,72	6,06
75+	83,16	6,93
vanaf 4de persoon ten laste	0,00	0,00
Instappers vanaf 60 jaar		
60-64	50,16	4,18
65-69	75,96	6,33
70-74	87,36	7,28
75+	99,84	8,32
Instappers vanaf 66 jaar		
66-69	95,16	7,93
70-74	109,08	9,09
75+	124,92	10,41
Instappers vanaf 76 jaar		
75+	158,16	13,18

instapper vanaf 60 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt

instapper vanaf 66 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 66 jaar heeft bereikt

instapper vanaf 76 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 76 jaar heeft bereikt

PREMIETABEL CM-HOSPITAALFIX EXTRA

LEEFTIJD	JAARPREMIE 2020	MAANDPREMIE 2020
Instappers jonger dan 60 jaar		
Pasgeborenen	0,00	0,00
0-2 (gratis - verbonden aan voorwaarden)	0,00	0,00
0-17	7,56	0,63
18-24	10,08	0,84
25-59	63,84	5,32
60-64	79,20	6,60
65-69	164,16	13,68
70-74	171,00	14,25
75+	236,04	19,67
vanaf 4de persoon ten laste	0,00	0,00
Instappers vanaf 60 jaar		
60-64	94,80	7,90

65-69	196,92	16,41
70-74	205,08	17,09
75+	283,32	23,61
Instappers vanaf 66 jaar		
66-69	246,12	20,51
70-74	256,44	21,37
75+	354,00	29,50
Instappers vanaf 76 jaar		
75+	448,44	37,37

instapper vanaf 60 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 60 jaar heeft bereikt

instapper vanaf 66 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 66 jaar heeft bereikt

instapper vanaf 76 jaar = persoon die bij aansluiting de leeftijd van 76 jaar heeft bereikt

PREMIETABEL CM-FORHOS OOST-VLAANDEREN

OMSCHRIJVING	JAARPREMIE 2020	MAANDPREMIE 2020
Aansluiting voor 50 jaar zonder gezinslast	121,68	10,14
Aansluiting voor 50 jaar met gezinslast	178,56	14,88
Aansluiting 50 - 59 jaar zonder gezinslast	135,24	11,27
Aansluiting 50 - 59 jaar met gezinslast	195,84	16,32
Aansluiting 60 - 64 jaar zonder gezinslast	157,08	13,09
Aansluiting 60 - 64 jaar met gezinslast	231,84	19,32
Persoon ten laste van verzekerde met gezinslast	0,00	0,00

PREMIETABEL CM-MEDIKO PLAN

LEEFTIJD	JAARPREMIE 2020	MAANDPREMIE 2020
Pasgeborenen	0,00	0,00
0-2 (gratis - verbonden aan voorwaarden)	0,00	0,00
0-9	147,60	12,30
10-19	197,88	16,49
20-34	207,72	17,31
35-49	256,08	21,34
50-64	272,40	22,70
65-74	308,64	25,72
vanaf 75	339,12	28,26