

Conditions générales Hospitalia Continuité au 1^{er} janvier 2018

Conditions générales de la SMA MLOZ Insurance
votées par le Conseil d'Administration du 28 septembre 2017 et l'Assemblée Générale Extraordinaire du 27 octobre 2017



MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (OZ - Omnimut - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités - Av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles. Siège social : **route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles** - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. - 06/11/2017



LIMITATION DE L'ASSURANCE DANS LE TEMPS

L'affiliation prend fin de plein droit à l'âge de 65 ans ou dès que l'assurance de votre employeur se termine avant l'âge de 65 ans. C'est au plus tard avant votre 65^e anniversaire que vous pouvez demander votre transfert vers Hospitalia ou Hospitalia Plus.

Et ce, sans stage, sans questionnaire médical et sans surprime, mais moyennant la remise d'une attestation de votre employeur prouvant l'assurance collective depuis 6 mois, à la date du transfert. Si le stage de 6 mois au sein d'Hospitalia Continuité n'est pas terminé, le transfert vers Hospitalia, Hospitalia Plus ou le Forfait H est permis moyennant un stage d'une durée égale au nombre de mois qui restait à accomplir.

Attention : dans votre intérêt, tout changement dans la composition de votre famille ou dans la police d'assurance auprès de votre employeur doit être communiqué à la SMA (Société mutualiste d'assurances « MLOZ Insurance ») (p. ex. ajout de nouveau-nés ou d'un partenaire, radiation d'un partenaire ou d'enfants qui ne sont plus couverts).

Dès que vous, ou l'une des personnes assurées, ne bénéficiez plus de l'assurance collective de l'employeur, vous devez demander votre transfert vers Hospitalia ou Hospitalia Plus pour continuer à être couvert en cas d'hospitalisation. Hospitalia Continuité, n'intervenant qu'en complément d'une assurance hospitalisation collective, ne pourra en effet plus vous rembourser.

1. DEFINITIONS

1.1. Assureur : la SOCIÉTÉ MUTUALISTE D'ASSURANCES « MLOZ Insurance », couramment dénommée HOSPITALIA, entreprise d'assurances agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, Avenue de l'Astronomie, 1 - 1210 Bruxelles par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'arrêté royal précité, sous le numéro de code OCM 750/01.

1.2. Preneur d'assurance : la personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des assurés, et qui est tenue au paiement de la cotisation.

1.3. Sections : les sections de la SMA sont les intermédiaires qui offrent les produits d'assurance :

- 501 : OZ (www.oz.be)
- 506 : Omnimut (www.omnimut.be)
- 509 : Partenamut (www.partenamut.be)
- 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be)
- 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), toutes affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Libres.

1.4. Hospitalisation : tout séjour comportant au moins une nuit et l'hospitalisation de jour dans un établissement hospitalier reconnu comme tel par le Ministère de la Santé Publique où il est fait usage des moyens de diagnostic et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

1.5. Hospitalisation de jour :

Le séjour d'une journée d'hospitalisation sans nuitée :

- l'hospitalisation de jour non chirurgicale : facturation de prestation « soins urgents ou perfusion intra-veineuse » (= mini-forfait jusqu'au 31/12/2013), maxi-forfait, forfaits hôpital de jour (groupes 1 à 7 inclus), forfaits « douleur chronique », « salle de plâtre » et « manipulation d'un cathéter à chambre » ;
- l'hospitalisation de jour chirurgicale : prestations de la liste A, reprise en annexe de l'AR du 25/04/2002.

1.6. Accident : un événement soudain et indépendant de la volonté de la personne assurée causant une lésion corporelle dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de l'organisme. Cet accident doit avoir entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les présentes dispositions.

1.7. Quittance : le document utilisé par la mutualité en dehors du cadre du tiers payant.

1.8. Stage : la période pendant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestations et prenant cours à la date de début dudit contrat.

1.9. Questionnaire médical : le document visant à éclairer le Conseiller médical de la SMA sur l'état de santé passé et actuel de l'assuré et ayant pour conséquence de limiter éventuellement l'intervention, en cas de maladie ou d'affection ou d'état préexistants, lors du passage ultérieur d'Hospitalia Continuité vers Hospitalia ou Hospitalia Plus.

1.10. Affection, maladie ou état préexistant : une affection, une maladie ou un état de santé (comme la grossesse) existant au moment de l'affiliation à la SMA, ou au moment du transfert entre produits au sein de la SMA, et qui donne lieu à une hospitalisation.

2. ADMISSION

Le preneur d'assurance ne peut s'affilier à la SMA et le rester que s'il est affilié en assurance obligatoire et auprès des services complémentaires à l'une des 5 sections énoncées ci-dessus sauf exceptions statutaires (consultez ces sections). En outre, le preneur doit être couvert par une assurance hospitalisation de groupe (offerte par l'employeur ou un autre groupe) et en fournir la preuve, ou à défaut de celle-ci, une déclaration sur l'honneur pour pouvoir s'affilier à HOSPITALIA CONTINUITE. La limite d'âge est fixée à 64 ans.

3. CONCLUSION ET FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

3.1. Conclusion du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est formé par la lettre d'acceptation (avec ou sans limitation pour un futur transfert éventuel vers Hospitalia ou Hospitalia Plus) et les conditions générales, et par les avenants.

Le contrat d'assurance prend cours le 1^{er} jour du mois suivant celui au cours duquel la SMA a reçu la « Demande de nouvelle affiliation ou changement de produit » et le « Questionnaire Médical » dûment complétés (le datage interne ou scanning faisant foi), si la première cotisation est reçue par la SMA, pour chaque assuré au plus tard le dernier jour du 3^e mois qui suit la date d'affiliation.

L'affiliation d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté de moins de trois ans, non dispensé de stage, prend cours le premier jour du mois qui suit sa naissance ou son adoption, à condition que la demande d'affiliation et le questionnaire médical soient reçus par la SMA avant la fin du 3^e mois qui suit la naissance ou son adoption, et que la première cotisation soit perçue par la SMA au plus tard le dernier jour du 3^e mois qui suit la date d'affiliation.

Le paiement spontané d'une cotisation sans y avoir été invité ne vaut pas affiliation. En cas de non-respect du délai de 3 mois énoncé ci-avant, cette cotisation sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise.

Si, sur base du questionnaire médical, le Conseiller Médical demande une information complémentaire avant de statuer sur la demande d'affiliation, le preneur dispose de 45 jours pour y donner suite.

Si ce délai n'est pas respecté ou vu l'absence d'informations complémentaires reçues, l'affiliation prend cours d'office selon les règles définies ci-avant avec, pour la maladie ou l'affection ou l'état préexistants mentionnés sur le questionnaire médical, une limitation d'intervention.

La décision d'acceptation, avec ou sans limitation de l'intervention, est communiquée par lettre au candidat preneur d'assurance. La lettre détaillera le montant et la date du paiement de la première cotisation, la date d'acceptation de l'affiliation et de prise de cours de l'affiliation, la durée du stage, la durée viagère de l'affiliation et le produit d'assurance offert.

3.2. Fin du contrat d'assurance

Le contrat d'assurance prend fin de plein droit à l'âge de 65 ans ou dès que l'assurance de votre employeur se termine avant l'âge de 65 ans. C'est au plus tard avant le 65^e anniversaire qu'une demande de transfert doit être faite vers Hospitalia ou Hospitalia Plus. Et ce, sans stage, sans questionnaire médical et sans surprime, mais moyennant la remise d'une attestation de l'employeur prouvant l'assurance collective depuis 6 mois, à la date du transfert. Si le stage de 6 mois au sein d'Hospitalia Continuité n'est pas terminé, le transfert vers Hospitalia, Hospitalia Plus ou le Forfait H est permis moyennant un stage d'une durée égale au nombre de mois qui restait à accomplir.

En cas d'absence de preuve, un nouveau questionnaire médical devra être soumis. Le transfert sera réalisé sans stage et les cotisations seront majorées en fonction de l'âge au moment du transfert.

Si l'affiliation à Hospitalia Continuité est de moins d'un an, les cotisations seront également majorées pour les transferts à partir de 46 ans, sauf si cette affiliation est le résultat d'un transfert d'Hospitalia ou d'Hospitalia Plus vers Hospitalia Continuité.

En outre, le contrat d'assurance prend fin en cas de :

- résiliation par le preneur d'assurance, conformément aux modalités prévues par la loi du 4 avril 2014, moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le 1^{er} jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à la SMA, soit via une des sections visées ci-dessus. Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas d'un changement de couverture hospitalière au sein de MLOZ Insurance ;
- fraude ou de tentative de fraude ;
- préjudice causé volontairement aux intérêts de la SMA et notamment en cas d'omission ou inexactitude intentionnelles dans ses déclarations lors de son affiliation ou lors de l'introduction des demandes de remboursement, ou pour refus de se conformer aux présentes dispositions ;
- résiliation par l'assureur en cas de non-paiement des cotisations ;
- exclusion des services complémentaires mutualistes ;
- mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres ;
- décès ;
- nullité.

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.1. Début de la garantie d'assurance

La garantie d'assurance prend cours à la date du début du contrat d'assurance déterminée dans la lettre d'acceptation pour autant que les stages aient pris fin.

4.1.1. Règle générale : stage de 6 mois

Avant de pouvoir bénéficier des interventions de la SMA, un stage de 6 mois débutant à la date d'affiliation est prévu. La SMA n'intervient pas pour une hospitalisation, ni pour des soins ambulatoires ayant débuté pendant le stage.

4.1.2. Règles particulières :

- Dispense de stage pour le nouveau-né ou l'enfant adopté
Si un des parents est affilié à la SMA à une date d'affiliation précédant celle de la naissance ou de l'adoption, le nouveau-né est couvert dès sa naissance et l'enfant adopté de moins de trois ans dès la date de son adoption, sans questionnaire médical, moyennant la remise d'une copie de l'acte de naissance ou d'adoption avant la fin du 3^e mois qui suit sa naissance ou son adoption, et à condition que la première cotisation soit perçue au plus tard le dernier jour du 6^e mois qui suit la date d'affiliation. La première cotisation ne sera redevable qu'à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la naissance ou l'adoption. Ceci n'est valable que si le titulaire de l'enfant en assurance obligatoire a terminé son stage.
- Suspension en cas de détention
En cas de détention et à la demande du preneur, les droits et obligations statutaires peuvent être suspendus. Ces droits et obligations reprennent leurs effets à partir du 1^{er} jour du mois qui suit la demande du preneur de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa cotisation dans les 15 jours de la demande de paiement par la SMA.
- Dérogation au stage en cas d'accident
La SMA intervient pour toute hospitalisation et tout soin ambulatoire étant la résultante d'un accident ayant entraîné des lésions traumatiques dont le traitement est de nature telle qu'il est couvert par les dispositions du présent document à condition que l'accident soit postérieur à la date d'affiliation. Cette intervention est subordonnée à l'avis favorable du Conseiller Médical de la SMA.
- Dérogation au stage pour les assurances hospitalisation de continuité similaires
La SMA intervient pour les nouveaux preneurs établissant, sur base de documents probants, qu'ils étaient couverts jusqu'à la date de leur affiliation auprès de la SMA et depuis 6 mois, par une assurance hospitalisation similaire de type « continuité », c'est-à-dire une assurance d'attente qui donnera le droit d'être transféré dans un contrat individuel hospitalisation.

4.2. Exclusions de la garantie

La SMA n'octroie une intervention que lorsque l'assurance collective de l'employeur est intervenue pour une hospitalisation en Belgique et à l'étranger et une hospitalisation de jour en Belgique.

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

- résultant de faits de guerre, à l'exclusion du terrorisme : toutefois, la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si le preneur a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger ;
- résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement ;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés, sauf la preuve à apporter par le preneur qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements ;
- survenant lorsque le preneur se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit ;
- résultant d'un fait intentionnel du preneur, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par le preneur. Le fait intentionnel sera retenu lorsque le preneur a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage prévisible sans qu'il soit toutefois requis qu'il ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit ;
- résultant d'ivresse, d'alcoolisme et de toxicomanie ;
- résultant de réactions nucléaires, à l'exclusion du terrorisme.

4.3. Fin de la garantie

La garantie d'assurance prend fin en même temps que la fin du contrat d'assurance.

5. DROIT AUX PRESTATIONS

La SMA et le preneur collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations qui est établi sur base des renseignements fournis. Le preneur autorise l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engage à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu. L'assureur s'abstient de toute mesure qui, par rapport à l'examen du droit aux prestations, s'avère inadéquate, sans pertinence et excessive.

L'original du décompte de l'assurance collective ou sa copie doit être introduit dans les 3 ans suivant la date de réalisation du risque couvert par la garantie. Passé ce délai, il y a prescription.

Les prestations d'assurance sont réglées avec le bénéficiaire du contrat d'assurance.

Si le preneur peut prétendre à la réparation d'un dommage, l'assureur est subrogé aux droits du preneur dans la mesure de ses prestations.

Les conventions conclues par le preneur d'assurance avec des tiers ayant pour objet des droits qui existent en vertu du contrat d'assurance ou qui naissent en exécution du contrat d'assurance ne sont opposables à l'assureur qu'à partir de la date où celui-ci les a approuvées.

6. OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur est tenu :

- de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique aux sièges de l'assureur ou de ses sections ;
- d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien du contrat ne sont plus réunies ;
- d'aviser l'assureur au plus tôt de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement ;
- de fournir à l'assureur ou à ses sections tout renseignement demandé.

Si le preneur enfreint les obligations du contrat d'assurance ou celles nées de l'exécution du contrat, et si à la suite d'un sinistre, ce manquement cause un préjudice, l'assureur peut réduire ses prestations à due concurrence.

7. COTISATIONS

Montants mensuels en € au 01/01/2018, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge d'affiliation à Hospitalia Continuité (taxes de 10 % incluses).

Affiliés au produit Hospitalia Continuité Suivant l'âge au début de l'affiliation :			
moins de 18 ans	2,76	de 40 à 45 ans	6,51
de 18 à 24 ans	3,40	de 46 à 49 ans	7,28
de 25 à 29 ans	4,30	de 50 à 54 ans	8,17
de 30 à 34 ans	5,13	de 55 à 59 ans	15,49
de 35 à 39 ans	5,89	de 60 à 64 ans	20,97

Les cotisations sont déterminées sur base de l'âge d'affiliation à Hospitalia Continuité.

En cas de transfert d'Hospitalia ou Hospitalia Plus vers Hospitalia Continuité, la cotisation d'Hospitalia Continuité correspond à celle de l'âge d'affiliation à l'un de ces deux produits.

8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA COTISATION

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

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

Est considérée comme anticipative, toute cotisation reçue avant le 1^{er} jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année.

Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation avant le 1^{er} jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée le sommant de payer la cotisation dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste. Cette mise en demeure l'informe de la suspension de la garantie en cas de non-paiement dans le délai précité. Elle constitue le point de départ d'un délai de 45 jours au terme duquel la désaffiliation d'office a lieu. Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa cotisation au terme d'un trimestre se verra d'office porter en compte une indemnité forfaitaire de 15 € à titre de frais de rappel.

Le preneur désaffilié ne pourra se réaffilier que pour autant qu'il ait acquitté toutes les cotisations échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

9. SEGMENTATION ASSURANCES HOSPITALIERES

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

Vous trouverez, ci-dessous, un aperçu des différents critères que la SMA MLOZ Insurance utilise dans le cadre de ses assurances hospitalisation. Ces critères dépendent du type de produit.

Les critères suivants pourraient être pris en considération :

Lors de la prise de cours du contrat :

- L'âge de l'assuré, car sur base des données statistiques les probabilités de maladie et hospitalisation augmentent avec l'âge. L'âge de l'assuré est susceptible d'avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours. Il est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la cotisation. A cet égard, il peut y avoir une limitation en fonction du produit choisi : pour Hospitalia Continuité, l'âge limite est de 64 ans.
- Selon le produit choisi, l'affiliation après un certain âge peut entraîner le paiement d'une surprime, car l'âge de l'assuré peut avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours.
- L'état de santé, et plus particulièrement la présence d'une affection/état/maladie préexistant car le risque d'hospitalisation/soins ambulatoires peut se voir augmenté.
- L'état de santé de l'assuré au moment de l'affiliation peut avoir un impact sur la fréquence des sinistres et le montant des frais médicaux. Il peut également justifier que certains frais médicaux liés à un état/affection/maladie préexistant ne soient pas couverts.

Notre SMA n'opère pas de distinction au niveau de l'acceptation, de la tarification et/ou de l'étendue de la couverture en fonction de la nature de l'assurance (mutualiste ou commerciale) par laquelle le candidat preneur d'assurance était couvert avant son affiliation à notre SMA.

Durant le contrat :

L'âge de l'assuré car sur base des données statistiques les probabilités de maladie et hospitalisation augmentent avec l'âge. Ce critère est susceptible d'avoir un impact sur la survenance des sinistres et/ou sur le montant des débours. Il est dès lors pris en compte dans l'établissement du montant de la cotisation.

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

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

Sans préjudice des possibilités légales d'adaptation des cotisations, il sera procédé annuellement à une comparaison entre le taux de l'indice du mois d'avril de l'année en cours et le taux de l'indice du même mois de l'année précédente. Cette variation du taux d'indice est exprimée en pourcentage et peut être appliquée à la cotisation et aux prestations en vigueur avant l'indexation.

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

11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA CONTINUE

La SMA prévoit une intervention en cas :

- a) d'hospitalisation en Belgique et à l'étranger
- b) d'hospitalisation de jour en Belgique

de maximum 50 € par jour d'hospitalisation, à concurrence du solde restant à charge de l'assuré après intervention de l'assurance hospitalisation de leur employeur. Le remboursement est calculé sur base du décompte de l'intervention de cette assurance.

12. LIMITATIONS D'INTERVENTION

12.1. Plafond journalier

50 € maximum par jour d'hospitalisation après l'intervention de l'assurance hospitalisation collective.

12.2. Limitations d'intervention pour maladies ou affections ou états préexistants

Le Conseiller Médical de la SMA peut, sur base du questionnaire médical, en cas de maladie ou d'affection ou d'état préexistants, décider, pour les hospitalisations qui y sont directement liées, qu'une limitation de la couverture (exclusion des suppléments liés au choix d'un séjour en chambre particulière) pourra être appliquée lors du passage ultérieur vers le produit Hospitalia et, le cas échéant, vers le produit Hospitalia Plus.

Durant les 24 premiers mois d'affiliation au produit, le Conseiller Médical pourra décider de cette limitation (exclusion de la prise en charge des suppléments en cas de séjour en chambre particulière) en invoquant une omission ou une inexactitude non intentionnelle relative à son état de santé dans le questionnaire médical.

Le questionnaire médical ne sortira ses effets que lors du transfert ultérieur au produit Hospitalia ou Hospitalia Plus si cette dernière couverture est supérieure à la couverture dont disposait l'assuré avant son affiliation à Hospitalia Continuité.

Au moment du transfert, le Conseiller Médical décidera, s'il y a lieu ou non, de maintenir cette limitation.

13. INTERVENTIONS

13.1. Prescription

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

13.2. Contrôle médical

Les prestations ne sont accordées que sous réserve du droit pour la SMA de faire contrôler à tout moment par le Conseiller Médical, l'état de santé de l'assuré et le bien-fondé des prestations.

13.3. Paiement des avantages

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

Pour obtenir les avantages prévus dans HOSPITALIA CONTINUE, le preneur remplira un document « Demande d'intervention » délivré par la SMA et fournira à celle-ci l'original du décompte de l'assureur collectif ou sa copie. La SMA pourra réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

14. TRAITEMENT DE DONNEES

Le preneur d'assurance déclare :

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

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

15. MODE DE COMMUNICATION ET LANGUES

La SMA communique avec ses assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail sur info@hospitalia.be
- par téléphone au 02 778 92 11
- via votre section : pour obtenir les coordonnées de l'agence la plus proche :
 - 501 : OZ (www.oz.be)
 - 506 : Omnimut (www.omnimut.be)
 - 509 : Partenamut (www.partenamut.be)
 - 515 : Freie Krankenkasse (www.freie.be)
 - 526 : Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)

Langue de communication

Toute communication se tient en français, néerlandais, anglais ou allemand, selon le choix du preneur.

Tous nos documents sont disponibles en français, néerlandais, anglais ou allemand.

16. PLAINTES

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

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée :

- soit à la section dont dépend le preneur
- soit par e-mail à complaints@mloz.be
- Téléphone MLOZ : 02 778 92 11

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

square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles

Tél. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75

info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

17. POLITIQUE EN MATIERE DE CONFLITS D'INTERETS

Conformément à la législation, la SMA « MLOZ Insurance » a développé une « **Politique en matière de conflits d'intérêts** » (www.hospitalia.be).

La SMA entend prévenir les conflits d'intérêts et notamment les conflits d'intérêts susceptibles de nuire aux intérêts d'un ou plusieurs de ses clients en les opposant aux intérêts d'un de ses agents, d'autres clients, de la SMA elle-même ou d'un collaborateur de la SMA ou de ses sections. Soucieuse de se conformer à ses obligations, la SMA a élaboré un cadre général décrivant la manière dont elle s'organise en matière de gestion des conflits d'intérêts via :

- L'identification des conflits d'intérêts potentiels
- Les mesures de gestion des conflits d'intérêts nés ou à naître
- L'information de ses clients
- La formation de ses collaborateurs
- La tenue d'un registre de conflits d'intérêts
- La mise en œuvre et l'évaluation régulière de la présente politique.

Ce résumé n'a qu'une valeur informative, seuls les statuts déterminent les droits et les obligations des preneurs de la SMA.

Ils peuvent être consultés au siège social de la SMA ou sur le site

www.mloz.be.