

Partenamut - Bd Louis Mettwie 74-76 - 1080 Bruxelles (MINP)

Monsieur LOUIS WILLEM
RUE DIEUDONNE JACOBS 0060 Bte 0013
4420 SAINT-NICOLAS

Date Bruxelles, le 3 novembre 2024
Nos réf 509-0810902704290/PSMAAV01.050/IBAL

Modifications aux conditions générales de votre/vos produit(s) d'assurance et tarifs d'application au 01/01/2025

Monsieur WILLEM,

Vous trouverez, en annexe, pour chaque produit d'assurance souscrit par l'intermédiaire de notre mutualité auprès de MLOZ Insurance, pour vous même et les personnes à votre charge, un avenant reprenant:

- Les **modifications apportées aux conditions générales**.
Ces modifications entreront en vigueur au 1er janvier 2025.
- Les **tarifs** d'application au 1^{er} janvier 2025.

Pour plus d'informations sur vos assurances, consultez notre site: www.partenamut.be

Cordialement,



Alex Parisel

Directeur général

Avenant au 1^{er} janvier 2025

aux Conditions générales Hospitalia au 1er janvier 2024

Conditions générales Hospitalia de la société mutualiste MLOZ Insurance votées par le Conseil d'Administration des 29 mai et 18 septembre 2024 et l'Assemblée Générale Extraordinaire des 19 juin et 16 octobre 2024

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Partenamut - Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Freie Krankenkasse). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités - .Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles – Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. – 11/2024



Du nouveau en 2025 :

- **Franchise hospitalisation** : la franchise en cas d'hospitalisation est supprimée
- **Hospitalisation en service gériatrie** : les soins préhospitaliers jusqu'à 30 jours avant l'hospitalisation sont désormais remboursés

La définition suivante est ajoutée

1. DEFINITIONS

1.19. Tentative de suicide

Il s'agit d'un comportement inhabituel n'ayant pas entraîné la mort, que la personne initie et adopte en s'attendant à ou en risquant de mourir ou de subir des dommages corporels dans le but d'obtenir des changements souhaités.

La définition suivante est adaptée

1. DEFINITIONS

1.8. Produits pharmaceutiques

Par produits pharmaceutiques, il convient d'entendre :

- toute spécialité pharmaceutique enregistrée auprès du Ministère de la Santé publique en vertu de l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'A.R. du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs,
- toute spécialité pharmaceutique importée par l'hôpital d'un pays étranger, conformément aux dispositions de l'article 105 de l'Arrêté Royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire,
- préparation magistrale ~~délivrée lors d'une hospitalisation de jour,~~
- substance de contrastes.

Précisions – les nouveautés sont ajoutées en gras dans les articles

2. ADMISSION

2.1. Toute personne ne peut s'affilier à la couverture Hospitalia et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 3 sections, sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Partenamut, Freie Krankenkasse, Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Le preneur d'assurance est tenu obligatoirement **de s'affilier ainsi que d'affilier** les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, **sauf lorsque lui-même**, le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire du type "frais réels". La démission ou radiation d'un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s'affilier. Il n'y a pas de limite d'âge pour l'affiliation à Hospitalia.

2.2.2 Conséquences au niveau du maintien de votre affiliation à MLOZ Insurance
Si vous êtes déjà affilié à MLOZ Insurance, celle-ci sera tenue

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

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.2. Exclusions de la garantie

Pour toutes les couvertures et types de chambres

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

...

- résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par le preneur. Le sinistre intentionnel est celui qui résulte d'un comportement adopté "volontairement et sciemment" par l'assuré et qui a causé un dommage "raisonnablement prévisible". Il n'est toutefois pas requis que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit. **La tentative de suicide et le suicide ne sont pas assimilés à des faits intentionnels ;**

8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA PRIME

Le preneur est redevable de la prime à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année). La prime est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance. Est considérée comme anticipative, toute prime reçue avant le premier jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année. Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa prime avant le premier jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste ou du recommandé électronique qualifié. Cette mise en demeure l'informe de la 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 prime 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 **(selon les conditions d'une nouvelle affiliation)** que pour autant qu'il ait acquitté toutes les primes échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

13. LIMITATIONS D'INTERVENTION

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

Le Conseiller Médical de MLOZ Insurance peut, sur base du questionnaire médical, communiquer au preneur au moment de son affiliation, que l'intervention est limitée pour les hospitalisations et les hospitalisations de jour liées directement à des maladies ou affections ou états préexistants (comme la grossesse), en excluant le remboursement des suppléments de chambre et des suppléments d'honoraires portés en compte en cas de séjour en chambre particulière. Cette limite d'intervention n'est pas applicable en cas d'hospitalisation en chambre commune ou à deux lits. 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. **La tentative de suicide ne pourra être prise en compte par MLOZ Insurance pour déterminer l'état de santé actuel de l'assuré si cette tentative est survenue plus d'un an avant d'avoir complété le questionnaire médical.**

Nouveauté – Suppression de la franchise

A partir du 1er janvier 2025, plus aucune franchise ne sera appliquée en cas d'hospitalisation.

Le paragraphe 2.11 – page 5 disparaît des conditions générales.

Les nouvelles dispositions sont présentées en gras dans les articles. Les suppressions sont en gras barré dans les articles

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

Les critères suivants sont pris en considération pour Hospitalia :

Ce nouveau texte :

9.2. Durant le contrat :

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

Remplace celui-ci :

9.2. Durant le contrat :

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

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

11. REMBOURSEMENTS D'HOSPITALIA

11.1. Interventions pour les hospitalisations en Belgique

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

17 Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M

18 Nouveau-né hospitalisé en service N*(n) alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital

...

2. En cas d'hospitalisation en chambre particulière, remboursement sur base de la facture patient et de la note d'honoraires :

Ce nouveau texte :

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

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

Remplace celui-ci :

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

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

3. En cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour en Belgique remboursée par Hospitalia, intervention dans les frais réellement supportés pour le transport urgent (après appel au service 100/112) vers l'hôpital, à concurrence de maximum € 500 par année civile, après toute autre intervention. S'il s'avère que cette hospitalisation et ce transport urgent ont été précédés, le jour même, par un autre transport urgent 100/112 vers un autre hôpital **ou vers le même hôpital** dans lequel l'assuré n'a pas été hospitalisé, Hospitalia interviendra également pour cet autre transport urgent selon les mêmes modalités.

4. Remboursement des acomptes légaux (tels que prévus par la Convention Nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs) versés à l'hôpital, au plus tôt au début de l'hospitalisation concernée, sur présentation d'une pièce justificative de l'hôpital, à condition que le preneur puisse bénéficier des interventions de MLOZ Insurance sans limitations pour maladies ou affections ou états préexistants. S'il s'avère a posteriori que l'hospitalisation ne peut être couverte ou si le montant de l'acompte est supérieur à l'intervention de MLOZ Insurance ou si le preneur ne présente pas sa facture, les sommes indues seront récupérées.

...

11.5. Interventions préhospitalières

...

Par soins préhospitaliers, il convient d'entendre les consultations et visites, ainsi que les consultations à distance, des médecins généralistes et spécialistes, les honoraires pour la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, la radio et radiumthérapie, la médecine nucléaire, la médecine interne, la dermatovénérologie, la biologie clinique, les suppléments d'urgence, l'anatomopathologie, les accoucheuses, la kinésithérapie, les soins infirmiers ayant les codes suivants : 421072 - 421094 - 423054 - 423076 - 423091 - 423113 - 423253 - 423275 - 423290 - 423312 - 424491 - 424513 - 424535 - 425014 - 425036 - 425051 - 425176 - 425191 - 425213 - 425375 - 425412 - 425434 - 425456 - 425596 - 425611 - 425773 - 427416 - 427431 - 427475 - **427490** - 427534 - **427556**

...

Ce nouveau texte :


Exclusion : les soins préhospitaliers sont exclus avant un séjour en service 61 à 66 (spécialités), sauf pour les soins ambulatoires dans le service des urgences.

Remplace celui-ci :

Exclusion : les soins préhospitaliers sont exclus avant un séjour en ~~service 30 (gériatrie), et~~ service 61 à 66 (spécialités), sauf pour les soins ambulatoires dans le service des urgences.

7. PRIMES AU 01/01/2025

Montants mensuels en euros au 01/01/2025, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2025

| <div>Tranches d'âge : </div> | Prime commerciale , taxes et contributions comprises, à payer | Taxes et contributions | Prime commerciale hors taxes | dont frais d'acquisition | dont frais d'administration |
|---|---|------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | Cotisation INAMI 10% | | 2,15 % | 4,21 % |
| Affiliés au produit Hospitalia | | | | | |
| • Avant le 01/01/1994 ou affiliés, après cette date, avant l'âge de 46 ans (1) | | | | | |
| moins de 18 ans | 4,11 € | 0,37 € | 3,74 € | 0,08 € | 0,16 € |
| de 18 à 24 ans | 5,38 € | 0,49 € | 4,89 € | 0,11 € | 0,21 € |
| de 25 à 49 ans | 11,41 € | 1,04 € | 10,37 € | 0,22 € | 0,44 € |
| de 50 à 59 ans | 14,10 € | 1,28 € | 12,82 € | 0,28 € | 0,54 € |
| 60 ans et plus | 30,93 € | 2,81 € | 28,12 € | 0,60 € | 1,18 € |
| • Après le 01/01/1994, entre 46 et 49 ans* (+5%) | | | | | |
| 46 à 49 ans | 11,98 € | 1,09 € | 10,89 € | 0,23 € | 0,46 € |
| 50 à 59 ans | 14,80 € | 1,35 € | 13,45 € | 0,29 € | 0,57 € |
| 60 ans et plus | 32,47 € | 2,95 € | 29,52 € | 0,63 € | 1,24 € |
| • Après le 01/01/1994, entre 50 et 54 ans* (+10%) | | | | | |
| à 49 ans ** | 12,55 € | 1,14 € | 11,41 € | 0,25 € | 0,48 € |
| 50 à 59 ans | 15,51 € | 1,41 € | 14,10 € | 0,30 € | 0,59 € |
| 60 ans et plus | 34,02 € | 3,09 € | 30,93 € | 0,66 € | 1,30 € |
| • Après le 01/01/1994, entre 55 et 59 ans* (+50%) | | | | | |
| 55 à 59 ans | 21,15 € | 1,92 € | 19,23 € | 0,41 € | 0,81 € |
| 60 ans et plus | 46,40 € | 4,22 € | 42,18 € | 0,91 € | 1,78 € |
| • Après le 01/01/1994, et jusqu'au 30/06/2014, à l'âge de 60 ans et plus* (+70%) | | | | | |
| à 59 ans ** | 23,97 € | 2,18 € | 21,79 € | 0,47 € | 0,92 € |
| 60 ans et plus | 52,58 € | 4,78 € | 47,80 € | 1,03 € | 2,01 € |
| • A partir du 01/07/2014, à l'âge de 60 ans et plus* | | | | | |
| entre 60 et 70 ans *** (+70%) | 52,58 € | 4,78 € | 47,80 € | 1,03 € | 2,01 € |
| entre 71 et 75 ans *** (+80%) | 55,67 € | 5,06 € | 50,61 € | 1,09 € | 2,13 € |
| à 76 ans et plus *** (+90%) | 58,77 € | 5,34 € | 53,43 € | 1,15 € | 2,25 € |

* A la date de début de l'affiliation à Hospitalia
** Age au 1^{er} janvier de l'année d'affiliation
*** A partir du 01/07/2014, à la date de début d'affiliation

Votre attention est attirée sur le fait qu'une comparaison entre plusieurs contrats d'assurance ne doit pas se limiter à comparer l'estimation des coûts et frais de chaque contrat mais doit également prendre en considération d'autres éléments, tels que l'étendue des garanties, le montant des franchises éventuelles ou les clauses d'exclusion.
Les estimations communiquées ci-dessus permettent de mieux apprécier la partie de la prime qui sert à couvrir le risque assuré par le contrat d'assurance. Le solde de la prime, après déduction des taxes et contributions ainsi que des frais d'acquisition et d'administration, représente en effet la part de la prime affectée à l'exécution des prestations contractuelles ainsi que les frais non mentionnés ci-dessus (y inclus le coût mutualisé des

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

Les autres articles restent inchangés.

Les conditions générales d'Hospitalia au 01/01/2025 peuvent être consultées via ce lien : www.condgen.be.
Une copie papier peut également être obtenue sur simple demande par téléphone, e-mail ou dans une agence de votre mutualité.

Avenant au 1^{er} janvier 2025

aux Conditions générales Garantie 'Maladies Graves' au 1er janvier 2024

Conditions générales Garantie 'Maladies Graves' de la société mutualiste MLOZ Insurance votées par le Conseil d'Administration des 29 mai et 18 septembre 2024 et l'Assemblée Générale Extraordinaire des 19 juin et 16 octobre 2024

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Partenamut - Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Freie Krankenkasse). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités - Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629. - 11/2024



Du nouveau en 2025 :

- **2 nouvelles maladies graves couvertes** : la maladie de Huntington et la démence
- **Cancer** : nouvelle intervention allant jusqu'à 400€ pour le tatouage de l'aréole et du mamelon à la suite d'un cancer du sein

Les définitions suivantes sont ajoutées

1. DEFINITIONS

1.13. Matériel médical

Par matériel médical on entend tout instrument, dispositif ou appareil utilisé pour soulager une maladie ou une blessure.

1.14. Tentative de suicide

Il s'agit d'un comportement inhabituel n'ayant pas entraîné la mort, que la personne initie et adopte en s'attendant à ou en risquant de mourir ou de subir des dommages corporels dans le but d'obtenir des changements souhaités.

La définition suivante est adaptée

1. DEFINITIONS

1.6. Produits pharmaceutiques

Par produits pharmaceutiques, il convient d'entendre :

- toute spécialité pharmaceutique enregistrée auprès du Ministère de la Santé publique en vertu de l'article 6 de la loi du 25 mars 1964 et de l'A.R. du 3 juillet 1969, modifié par les arrêtés ultérieurs,
- toute spécialité pharmaceutique importée par l'hôpital d'un pays étranger, conformément aux dispositions de l'article 105 de l'Arrêté Royal du 14 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire,
- préparation magistrale ~~délivrée lors d'une hospitalisation de jour,~~
- substance de contrastes.

Précisions – les nouveautés sont ajoutées en gras dans les articles

2. ADMISSION

2.1. Toute personne ne peut s'affilier à la Garantie "Maladies graves" en complément d'Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus, et le rester que si elle est affiliée en assurance obligatoire et aux services complémentaires à l'une des 3 sections,

sauf exceptions statutaires (consultez ces sections : Partenamut, Freie Krankenkasse, Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Le preneur d'assurance est tenu obligatoirement **de s'affilier ainsi que d'affilier** les personnes à sa charge au sens de la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, **sauf lorsque lui-même**, le conjoint ou cohabitant ou les enfants sont déjà couverts par une assurance similaire du type "frais réels". La démission ou radiation d'un assuré entraîne implicitement celle de toutes les personnes obligées de s'affilier. La limite d'âge pour l'affiliation à la Garantie « Maladies graves ».

...

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

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

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

3.2. Fin du contrat d'assurance

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

...

- résiliation par le preneur d'assurance, conformément aux modalités prévues par la loi du 4 avril 2014, moyennant un préavis d'un mois minimum commençant à courir le premier jour du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qualifié (via digiconnect.be), la remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, adressée soit directement à MLOZ Insurance, soit via une des sections visées ci-dessus. La résiliation de l'assurance Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus met automatiquement fin à la Garantie "Maladies graves". **Ce préavis d'un mois n'est pas exigé en cas de suppression de la Garantie Maladies Graves avec maintien de l'affiliation au produit d'assurance hospitalisation auquel cette Garantie se rattache.**

...

4. DEBUT, EXCLUSIONS ET FIN DE LA GARANTIE

4.2. Exclusions de la garantie

Ne sont pas couverts, les frais de soins ambulatoires afférents à une maladie ou un accident :
...· résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par le preneur. Le sinistre intentionnel est celui qui résulte d'un comportement adopté "volontairement et sciemment" par l'assuré et qui a causé un dommage "raisonnablement prévisible". Il n'est toutefois pas requis que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit. **La tentative de suicide et le suicide ne sont pas assimilés à des faits intentionnels ;**

8. MODALITES DE REDEVANCE DE LA PRIME

Le preneur est redevable de la prime à sa date d'échéance, suivant la périodicité convenue (trimestre, semestre, année). La prime est quérable et payable anticipativement. Elle est adressée à la dernière adresse connue du preneur d'assurance. Est considérée comme anticipative, toute prime reçue avant le premier jour du premier mois du trimestre, semestre ou année ou, en cas de domiciliation bancaire dans les 10 premiers jours du mois, du trimestre, du semestre ou de l'année. Le preneur qui ne s'est pas acquitté de sa prime avant le premier jour du trimestre reçoit une mise en demeure par lettre recommandée ou par recommandé électronique qualifié le sommant de payer la prime dans un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste ou du recommandé électronique qualifié. Cette mise en demeure l'informe de la 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 prime 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 **(selon les conditions d'une nouvelle affiliation)** que pour autant qu'il ait acquitté toutes les primes échues et sera tenu d'effectuer un nouveau stage pour bénéficier à nouveau des prestations.

13. LIMITATIONS D'INTERVENTION

13.2. Limitations d'intervention pour maladies graves préexistantes

Pour la Garantie Maladies graves, le questionnaire médical a pour objectif de limiter éventuellement l'intervention en refusant le remboursement des prestations ambulatoires, liées à cette maladie grave préexistante. Durant les 24 premiers mois d'affiliation au produit, le Conseiller Médical pourra décider de cette limitation en invoquant une omission ou une inexactitude non intentionnelle relative à son état de santé dans le questionnaire médical. **La tentative de suicide ne pourra être prise en compte par MLOZ Insurance pour déterminer l'état de santé actuel de l'assuré si cette tentative est survenue plus d'un an avant d'avoir complété le questionnaire médical.**

Les nouvelles dispositions sont présentées en gras dans les articles. Les suppressions sont en gras barré dans les articles

11. GARANTIE MALADIES GRAVES (garantie optionnelle)

11.1. Interventions

Intervention dans les soins de santé dispensés en dehors d'une hospitalisation pour les **34 33** maladies graves suivantes : cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie d'Alzheimer, **démence (autre que la maladie d'Alzheimer)**, sida, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, mucoviscidose, maladie de Crohn, brucellose, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, malaria, typhus exanthématique, affections typhoïdes et paratyphoïdes, diphtérie, choléra, maladie de charbon, maladie de Creutzfeldt-Jakob, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organe sauf greffes de peau et de la cornée, **et maladie de Huntington** après accord du Conseiller Médical et à concurrence d'un plafond maximum de € 7.000 par an.

...

Les avantages de cette garantie sont les suivants :

...

4. L'intervention de maximum 400€ par reconstruction mammaire, pour le tatouage de l'aréole et du mamelon auprès d'un prestataire recommandé par l'oncologue/le gynécologue/le chirurgien pour cette prestation, après une reconstruction mammaire remboursée par l'assurance maladie obligatoire soins de santé et indemnités et faisant suite à un cancer du sein couvert par la Garantie Maladies Graves.

11.2. Conditions d'interventions

Pour bénéficier de cette garantie, l'assuré doit demander l'accord du Conseiller médical de MLOZ Insurance. Il remettra une attestation d'un médecin qui spécifiera le diagnostic et la date du diagnostic de la maladie grave du patient, confirmés par des examens biologiques ou anatomopathologiques, ou par l'imagerie médicale ou par tout autre examen médical reconnu habituellement dans le monde médical.

Sur la base de celle-ci, le Conseiller Médical de MLOZ Insurance acceptera ou refusera le bénéfice de la garantie pour une période d'un an par maladie grave, à compter de la date de diagnostic de la maladie grave, à condition qu'il ne se soit pas écoulé plus de 3 ans entre la date de diagnostic de la maladie grave et la date de demande de la Garantie "Maladies graves".


Si une période de 3 ans, ou plus, s'est écoulée entre la date du diagnostic de la maladie grave et la date de la demande de la Garantie "Maladies graves", un maximum de 3 ans sera pris en considération à partir de la date de la demande de la Garantie "Maladies graves" pour déterminer la date de début de l'accord pour la Garantie "Maladies graves". Cet accord peut être renouvelé par période d'un an pour la même maladie, directement ou non à la suite de la première période.

Pour les maladies graves incurables (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, **démence (autre que la maladie d'Alzheimer)**, sida, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, mucoviscidose, maladie de Crohn, cirrhose du foie suite à une hépatite, sclérodermie avec atteinte aux organes, diabète type I, rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jakob, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, transplantation d'un organe sauf greffes de peau et de la cornée, **et maladie de Huntington**), la Garantie « Maladies graves » sera accordée à vie.

...

7. PRIMES AU 01/01/2025

Montants mensuels en euros au 01/01/2025, toutes taxes comprises, en fonction de l'âge au 01/01/2025

| <div>Tranches d'âge :</div> <div></div> | Prime commerciale , taxes et contributions comprises, à payer | Taxes et contributions | Prime commerciale hors taxes | dont frais d'acquisition | dont frais d'administration |
|--|---|------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | 9,25% | | 2,15 % | 4,21 % |
| Affiliés à la Garantie ‘Maladies Graves’ en complément d’Hospitalia, Hospitalia Medium ou Hospitalia Plus | | | | | |
| moins de 18 ans | 0,33 € | 0,03 € | 0,30 € | 0,01 € | 0,01 € |
| de 18 à 24 ans | 0,41 € | 0,03 € | 0,38 € | 0,01 € | 0,02 € |
| de 25 à 49 ans | 1,11 € | 0,09 € | 1,02 € | 0,02 € | 0,04 € |
| de 50 à 59 ans | 1,36 € | 0,12 € | 1,24 € | 0,03 € | 0,05 € |
| 60 ans et plus | 2,48 € | 0,21 € | 2,27 € | 0,05 € | 0,10 € |

Il n'y a aucune majoration de la prime de la Garantie « Maladies graves ».

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

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

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

Les autres articles restent inchangés.

Les conditions générales de la Garantie 'Maladies graves' au 01/01/2025 peuvent être consultées via ce lien : www.condgen.be. Une copie papier peut également être obtenue sur simple demande par téléphone, e-mail ou dans une agence de votre mutualité.