Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk
Ondernemingsnummer 0411.696.011

Helan Onafhankelijk ziekenfonds

526

STATUTEN

Van kracht op 1/1/2025

De laatste wijzigingen aan deze versie van de statuten werden:

- Op 5 september 2025 goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de Ziekenfondsen en de Landsbonden van ziekenfondsen (CDZ)

De statuten van de Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn beschikbaar op de website ervan met het volgend adres: http://www.mloz.be/statuten

Helan Onafhankelijk ziekenfonds is aangesloten:

- bij de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website met het volgende adres: https://www.mloz.be/nl/statuten-MLOZ
- bij de maatschappij van onderlinge bijstand Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen , waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: http://www.mloz.be/nl/statuten-zorgkas
- bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het gebied Brussel-Hoofdstad, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: http://www.mloz.be/nl/statuten-MOB Brussel Hoofdstad
- bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het Waalse Gewest, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: http://www.mloz.be/fr/statuts-MOB Waalse Gewest

Helan Onafhankelijk ziekenfonds is eveneens erkend door de Controledienst voor de Ziekenfondsen en de Landsbonden als verzekeringsagent (CDZ nr. 5006c) voor MLOZ Insurance, de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (voor de takken 2 en 18 – nr. CDZ 750/01 – 422.189.629), waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met het volgende adres: https://www.mloz.be/nl/statuten-mloz-insurance.

Inhoud

Van kracht op 1/7/2024 **1**

Hoofdstuk I. - Stichting, benaming, doeleinden, zetel, werkingsgebied van het ziekenfonds **7**

Artikel 1. Stichting en benaming 7
Artikel 2. Doeleinden 8
Artikel 3. Zetel en werkingsgebied 12
Artikel 4. Landsbond 12

Hoofdstuk II. - Toelating, ontslag, schrapping en uitsluiting van de leden **13**

Artikel 5. Aansluiting bij de diensten van het ziekenfonds 13
Artikel 6. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering 16
Artikel 7. Aanvang van de aansluiting bij de verplichte verzekering 16
Artikel 8. Types van leden 17
Artikel 9. Personen ten laste 25
Artikel 10. Ontslag 26
Artikel 11. Opheffing van de mogelijkheid om te genieten van voordelen van de diensten van de aanvullende verzekering wegens niet-betaling van de bijdragen 26
Artikel 12. Uitsluiting om andere redenen 26
Artikel 13.Terugbetaling van betaalde bijdragen 27

Hoofdstuk III. – De bestuursorganen **28**

Afdeling 1 - De Algemene Vergadering van het ziekenfonds *28*
Artikel 14. Samenstelling van de Algemene Vergadering 28
Artikel 15. Kiesomschrijvingen 28
Artikel 16. Aantal vertegenwoordigers kiesomschrijving 29
Artikel 17. Stemrecht en verkiesbaarheid 29

B. Verkiezingsprocedure *29*
Artikel 18. Oproep tot kandidaturen 30
Artikel 19. Kandidaatstelling 30
Artikel 20. Opstelling van de kandidatenlijsten 30
Artikel 21. Mededeling van de kandidatenlijsten 30
Artikel 22. Opsturen van de oproepingen voor de stemming en mededeling verkiezingsdatum 31
Artikel 23. Kiesbureau 31
Artikel 24. Opstelling van de kiezerslijsten 31
Artikel 25. Verloop van de stemming 31
Artikel 26. Uitbrengen van de stemmen 32
Artikel 27. Telling van de stemmen 33
Artikel 28. Vrijstelling van de verplichting om over te gaan tot een stemming 33
Artikel 29. Bekendmaking van de resultaten 34
Artikel 30. Publicaties in verband met de verkiezingen 34

C. Installatie van de Algemene Vergadering en verlies hoedanigheid *34*
Artikel 31. Installatie van de Algemene Vergadering en raadgevers 34
Artikel 32. Verlies van hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering 35

D. Bevoegdheden en werking van de Algemene Vergadering *35*
Artikel 33. Bevoegdheden van de Algemene Vergadering 35
Artikel 34. Oproeping van de Algemene Vergadering 36
Artikel 35. Goedkeuring van de jaarrekeningen en van de begroting 36
Artikel 36. Beraadslagingen van de Algemene Vergadering 37

Artikel 37. Buitengewone Algemene Vergadering 40
Artikel 38. Bedrijfsrevisoren 40

Afdeling 2 - Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond *42*
Artikel 39. Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond 42
Artikel 40. Kandidaatstelling 42
Artikel 41. Verkiezing van de afgevaardigden 42

Afdeling 3 – Verkiezing van de vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering van de Regionale maatschappijen van onderlinge bijstand in de zin van artikel 43bis§1, tweede lid van de wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds aangesloten is *44*

Samenstelling van de Algemene Vergadering *44*
Artikel 42. 44
Artikel 43. 45

Afdeling 4 - Raad van Bestuur van het ziekenfonds *48*
Artikel 44. Samenstelling van de Raad van Bestuur 48
Artikel 45. Onafhankelijk bestuurder 49
Artikel 46. Verkiezing van de Raad van Bestuur 50
Artikel 47. Verlies van hoedanigheid van bestuurder 51
Artikel 48. De coöptatie van bestuurders 51
Artikel 49. Bevoegdheden van de Raad van Bestuur 51
Artikel 50. Vergaderingen van de Raad van Bestuur 52
Artikel 51. Aanstelling en bevoegdheden van de directeur(s) 55
Artikel 52. Bevoegdheden van de voorzitter 56

Afdeling 5 – Comités van de Raad van Bestuur *57*
Algemene bepalingen voor alle comités: 57
Artikel 53. Rol, verantwoordelijkheden en bevoegdheden 57
Artikel 54. Samenstelling 57
Artikel 55. Vergaderingen 58
Specifieke bepalingen per comité: 58
Artikel 56. Benoemings-en Remuneratiecomité 58
Artikel 57. Beleggingscomité 58
Artikel 57 bis. Auditcomité 59

Hoofdstuk IV. – Door het ziekenfonds georganiseerde diensten **60**

Artikel 58. Algemene bepalingen 60

Afdeling 1 – Verplichte verzekering *60*
Artikel 59. Verplichte verzekering 60

Afdeling 2 – Gemeenschappelijke bepalingen voor alle andere diensten *60*
Artikel 60. Toekenningsvoorwaarden van de tegemoetkomingen 60
Artikel 61. Weigering en limieten van de tegemoetkomingen 61
Artikel 62. Verjaring 62

Afdeling 3 – Aanvullende diensten *63*
Artikel 63. Rechthebbenden 63
Artikel 64. Bijdrageplicht 63
Artikel 65. Betaling van de bijdragen 63
Artikel 66. Tegemoetkomingen - mutatie 64
Artikel 67. Raadgevend arts 64
Artikel 68. Wachttijd 65
Artikel 69. 65
Artikel 70. Remgeld kinderen 65
Artikel 71. Verzorgingsmateriaal : Pruiken – Aangepaste kledij 66

Artikel 72. Logopedie 66
Artikel 73. Voetverzorging 67
Artikel 74. Podologische zolen 68
Artikel 75. Steunkousen 68
Artikel 76. Thuiszorgmateriaal 69
Artikel 77. Veiligheid/Preventiebonus 70
Artikel 78. Orthodontie 70
Artikel 79. Optiek 71
2) Ooglasertherapie en lensimplantaten 72
Artikel 80. Slaaptherapie 72
Artikel 81. Medische apps 73
Artikel 82. Osteopathie – chiropraxie – acupunctuur 73
Artikel 83. Vaccins 74
Artikel 84. Psychotherapie 74
Artikel 85. Diabetes 75
Artikel 86. Obesitas 76
Artikel 87. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen 77
Artikel 88. Sportevents 77
Artikel 89. Sportonderzoek en beweging op verwijzing (BOV) 78
Artikel 90. Sportclub/fitness/jeugdbeweging 79
Artikel 91. Dienst gezondheidspromotie 79
Artikel 92. ~~Geschrapt~~ *Dienst Innovatie* 80
Artikel 93. Leefstijladvies 80
Artikel 94. Diëtiek 81
Artikel 95. Wellness 81
Artikel 96. Buitenschoolse opvang voor kinderen met een handicap 82
Artikel 97. Sonogram in het kader van in vitro fertilisatie 82
Artikel 98. Vakanties voor volwassenen 83
Artikel 99. Dienst vrijwilligers 84
Artikel 100. Oncorevalidatie 84
Artikel 101. Preventieve onderzoeken 85
Artikel 102. Sociaal fonds 86
Artikel 103. Dienstencheques 87
Artikel 104. Ziekenvervoer 88
Artikel 104 bis. Nierdialyse 90
Artikel 105. Zorgverblijven 90
Artikel 106. Luisterlijn 90
Artikel 107. Dienst jongeren 91
Artikel 107 bis. Heyo kampen 93
Artikel 108. Oppas Zieke kinderen 94
Artikel 109. Geboortepremie / adoptiepremie/pleegzorgpremie 96
Artikel 110. Korting babyuitzet/Kraamhotel 96
Artikel 111. Gezinszorg en thuishulp van huishoudelijke aard 98
Artikel 112. Kraamzorg 98
Artikel 112 bis. Kinderopvang 98
Artikel 112 ter Menopauzeconsulent 99
Artikel 113. Dag- en nachtopvang zorgbehoevenden 99
Artikel 114. Dienst kortverblijf 100
Artikel 115. Uitlenen van materiaal 101
Artikel 116. Personenalarmsysteem 102
Artikel 117. Dienst klantenverdediging 102
Artikel 118. Dienst patrimonium 103
Artikel 119. Sociale Dienst 103
Artikel 120. Dienst informatie aan de klanten 104

Artikel 121. Administratiekosten 104
Artikel 122. Landsbonddiensten 105

Hoofdstuk V. – Ontvangsten – Uitgaven – Toewijzing van de fondsen 106

Artikel 123. Boekhouding – Ontvangsten en uitgaven 106
Artikel 124. Toewijzing en belegging van het maatschappelijk vermogen 106
Artikel 125. Buitengewone algemene vergadering bij ontoereikende inkomsten 106
Artikel 126. Afsluiten van de rekeningen 106
Artikel 127. Beheer van middelen van de verplichte Z.I.V. 106

Hoofdstuk VI. – *Samenwerkingen met derden* 107

Artikel 128. *Samenwerkingen met derden* 107

Hoofdstuk VII. – Statutenwijzigingen – Fusie – Ontbinding en vereffening – 108

Verdeling van de gelden 108

Artikel 129. Statutenwijzigingen 108
Artikel 130. Frequent wijzigende gegevens in lijsten gevoegd bij de statuten 108
Artikel 131. Fusie 109
Artikel 132. Ontbinding en vereffening 109
Artikel 133. Toewijzing van de overblijvende activa 109

Hoofdstuk VIII. - Inwerkingtreding 111

Artikel 134. Inwerkingtreding 111
111

Hoofdstuk IX. - Bijdragen 111

Artikel 135. 111
Bijlagen 112

Helan Onafhankelijk ziekenfonds
gevestigd te Wilrijk

STATUTEN

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

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

gelet op de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale en budgettaire bepalingen,

gelet op de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I) en haar uitvoeringsbesluiten,

hebben de leden van de algemene vergadering van Helan Onafhankelijk ziekenfonds, op 12 september 2024 de statuten van het ziekenfonds als volgt vastgesteld. De statuten gelden vanaf 1 januari 2025.

Hoofdstuk I. - Stichting, benaming, doeleinden, zetel, werkingsgebied van het ziekenfonds

Artikel 1. Stichting en benaming

Op 24 februari 1896 is in Gent een mutualiteitsverbond gesticht, onder de benaming 'Bond der Vrije Maatschappijen van Onderlinge Bijstand van Gent en omliggende'. Het is erkend bij het Koninklijk Besluit van 25 november 1903 (Belgisch Staatsblad van 6 januari 1904).

Bij Koninklijk Besluit van 6 december 1967 werd de benaming 'Verbond van Neutrale Mutualiteiten' bekrachtigd.

In de Buitengewone Algemene Vergadering van 20 oktober 1991 werd de nieuwe benaming 'Neutraal Ziekenfonds F.O.M.' aangenomen.

Op 15 november 1930 is in Kortrijk een ziekenfonds gesticht onder de benaming 'De Onderlinge Steun'. Het is erkend bij het Koninklijk Besluit van 26 december 1930 (Belgisch Staatsblad van 7 maart 1931).

Het draagt de naam 'Vlaams Ziekenfonds "Onderlinge Steun" ingevolge de beslissing van de Algemene Vergadering van 18 februari 1992.

De twee ziekenfondsen zijn aangesloten bij de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen, gevestigd te Brussel, Charleroisesteenweg 145, respectievelijk als ziekenfonds 212 en ziekenfonds 211.

De Algemene Vergaderingen van de respectievelijke ziekenfondsen 212 en 211, afzonderlijk in zitting bijeen op 12 oktober 1994, beslisten tot fusie ingaand op 1 januari 1995.

De naam van het ziekenfonds wordt 'Vlaams Neutraal Ziekenfonds'. Het kan in zijn betrekking met derden gebruik maken van volgende benamingen 'Vlaams Neutraal Ziekenfonds', 'Vlaams Ziekenfonds', 'Neutraal Ziekenfonds' en van volgende afkorting 'V.N.Z.'.

De leden van de Algemene Vergaderingen van beide fusionerende ziekenfondsen vormen de effectieve leden, en alle leden en rechthebbenden van de beide ziekenfondsen behoren tot het gefusioneerde ziekenfonds.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 27 juni 1996 beslist de naam van het ziekenfonds te wijzigen in 'Vlaams Neutraal Ziekenfonds 212' en tot collectieve mutatie naar de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over te gaan per 1 januari 1998.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 29 november 1997 beslist de naam van het ziekenfonds te wijzigen in 'Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen', afgekort OZV.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 18 december 1999 benadrukt dat het ziekenfonds staat voor Vlaams én Onafhankelijk.

De Algemene Vergadering in zitting bijeen op 12 september 2002 beslist de naam van het ziekenfonds te wijzigen in PARTENA Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen, afgekort PARTENA OZV.

In zijn betrekkingen met derden kan PARTENA Onafhankelijk Ziekenfonds Vlaanderen gebruik maken van de term PARTENA Ziekenfonds of PARTENA Onafhankelijk Ziekenfonds.

De fusie met Onafhankelijk Ziekenfonds 501 vindt plaats op 1 januari 2022 en werd goedgekeurd door de Algemene Vergaderingen van beide ziekenfondsen op 6 oktober 2020. De fusie brengt een naamswijziging met zich mee die werd goedgekeurd door de Algemene Vergaderingen op 25 maart 2021. Vanaf 1 januari 2022 draagt het ziekenfonds volgende naam : Helan Onafhankelijk ziekenfonds.

In zijn betrekkingen met derden kan Helan Onafhankelijk ziekenfonds gebruik maken van de term Helan of Helan Ziekenfonds.

In de volgende artikelen van de huidige statuten wordt naar het ziekenfonds Helan Onafhankelijk ziekenfonds verwezen als "het ziekenfonds".

Artikel 2. <u>Doeleinden</u>

De doeleinden van het ziekenfonds zijn:

A. in het kader van artikel 3, eerste lid, a en c van de wet van 6 augustus 1990:
   - het deelnemen aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waartoe haar de toelating werd gegeven door de landsbond waarbij het is aangesloten;
   - het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand bij het vervullen van deze opdracht.

   De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verplicht het ziekenfonds zich borg te stellen voor de terugbetaling, hetzij rechtstreeks, hetzij via de derdebetaler, van de geneeskundige verstrekkingen aan de leden of aan de personen te hunnen laste zowel op het vlak van de verstrekkingen van artsen, tandartsen of paramedici als op het vlak van de verstrekkingen en de opnames in medisch-sociale instellingen.

Deze opdracht zal vervuld worden in een geest van voorlichting, begeleiding en bijstand van de leden teneinde de toegang van eenieder tot kwaliteitsverzorging te bevorderen.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de betaling van de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en moederschapsverzekering in dezelfde geest van voorlichting, begeleiding en bijstand van de leden.

Al deze activiteiten en de controle erop gebeuren in uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten en van artikel 3, eerste lid, c. van de wet van 6 augustus 1990.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten. Het ziekenfonds verbindt zich ertoe de wettelijke en statutaire bepalingen en de richtlijnen van de landsbond na te leven.

B. In het kader van artikel 3, eerste lid b en c van diezelfde wet:
   - het toekennen van tegemoetkomingen, voordelen en uitkeringen aan de leden en de personen te hunnen laste;
   - het verlenen van hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand.

In dit kader organiseert het ziekenfonds de volgende diensten, verplicht voor alle leden van het ziekenfonds, die “verrichtingen” z i j n in de zin van artikel 2, 2, b) van de eerste richtlijn van de Raad tot coördinatie van de wettelijke bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekerings-branche, en de uitoefening daarvan (73/239/EEG) en moeten beantwoorden aan de criteria opgenomen in artikel 67, eerste lid van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

1. Remgeld kinderen
2. Verzorgingsmateriaal: pruiken – aangepaste kledij - aangepast medisch materiaal
3. Logopedie
4. Voetverzorging
5. Podologische zolen
6. Steunkousen
7. Thuiszorgmateriaal
8. Veiligheid/Preventiebonus
9. Orthodontie
10. Optiek
11. Slaaptherapie
12. Medische apps

13. Osteopathie – chiropraxie – acupunctuur
14. Vaccins
15. Psychotherapie
16. Diabetes
17. Obesitas
18. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen
19. Sportevents
20. Sportonderzoek en beweging op verwijzing
21. Sportclub/fitness/jeugdbeweging
22. Dienst gezondheidspromotie
23. Beweegadvies
24. Leefstijladvies
25. Diëtiek
26. Wellness
27. Buitenschoolse opvang voor kinderen met een handicap
28. Genetische dragerschapsscreening
29. Vakanties voor volwassenen
30. Dienst vrijwilligers
31. Oncorevalidatie
32. Preventieve onderzoeken
33. Sociaal fonds
34. Dienstencheques
35. Ziekenvervoer
36. Nierdialyse
37. Zorgverblijven
38. Dienst jongeren
39. Oppas zieke kinderen
40. Geboortepremie/adoptiepremie/pleegzorgpremie
41. Korting babyuitzet/Kraamhotel
42. Foliumzuur bij zwangerschap
43. Kraamzorg
44. Kinderopvang
45. Menopauzeconsulent
46. Dag- en nachtopvang zorgbehoevenden
47. Dienst kortverblijf
48. Mantelzorger
49. Uitlenen van materiaal
50. Personenalarmsysteem
51. Klantenverdediging

C. Daarnaast organiseert het ziekenfonds de volgende diensten, bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), verplicht voor alle leden van het ziekenfonds, die noch verrichtingen noch verzekeringen (noch-noch diensten) zijn en niet tot doel hebben om een tegemoetkoming te creëren wanneer er zich een onzekere en toekomstige gebeurtenis voordoet:

1. Dienst die de inning beoogt van de bijdragen, bestemd om de eventuele mali aan te zuiveren in de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
2. Administratief centrum (code 98/2)
3. Dienst patrimonium
4. Sociale dienst
5. Dienst informatie aan de klanten

D. Daarnaast biedt het ziekenfonds de mogelijkheid aan zijn leden om zich aan te sluiten bij de verzekeringsproducten die worden aangeboden door 'MLOZ Insurance', verzekerings-maatschappij van onderlinge bijstand, (identificatienummer 750/01), toegelaten door de Controledienst van 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 de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings-of herverzekeringsondernemingen, alsook om, op bijkomende wijze, risico's te dekken die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemde wet.

E. Het ziekenfonds heeft eveneens tot doel aan de leden en de personen te hunnen laste de statutaire voordelen te laten genieten die verleend worden door de landsbond waarbij het aangesloten is.

De aansluiting bij de verplichte diensten van de landsbond waarbij het aangesloten is, is voor alle leden verplicht, evenals de betaling van de bijdragen daarvoor.

F. Het ziekenfonds ontzegt zich iedere inmenging in politieke of levensbeschouwelijke aangelegenheden en draagt er zorg voor de overtuiging van de leden nauwgezet te eerbiedigen.

G. Het behoort eveneens tot de doeleinden van het ziekenfonds te beschikken over aangepaste infrastructuur om de doelstellingen zoals voorzien in artikel 2 A t.e.m. 2 D te realiseren.

Het bedrag dat door het ziekenfonds toegekend wordt aan de vzw Helanet voor de ter beschikking stelling van de infrastructuur die nodig is voor de uitvoering van haar wettelijke opdrachten wordt opgenomen in een samenwerking tussen de vzw en het ziekenfonds.

Artikel 3. Zetel en werkingsgebied

De zetel van het ziekenfonds is gevestigd te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5. Het werkingsgebied strekt zich uit over het volledige Belgische grondgebied behalve indien de wet of deze statuten anders bepalen.

Het ziekenfonds richt zich tot:
- alle personen die in België hun hoofdverblijfplaats hebben;
- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, maar aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn;
- de Belgische militairen, personeelsleden van de politiediensten of diplomatieke vertegenwoordigers die in het buitenland verblijven voor zover ze onderworpen zijn aan de Belgische verplichte verzekering.

Artikel 4. Landsbond

Het ziekenfonds is aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, gevestigd te 1070 Brussel, Lenniksebaan 788A.

Hoofdstuk II. - Toelating, ontslag, schrapping en uitsluiting van de leden

Artikel 5. Aansluiting bij de diensten van het ziekenfonds

§ 1. Een persoon kan zich bij het ziekenfonds aansluiten:

1° hetzij, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 3, eerste lid, a), van de wet van 6 augustus 1990, waarbij hij ambtshalve aangesloten is bij de diensten:

- van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);
- van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (ondernemingsnummer 0411.766.483) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);
- van de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het Waalse Gewest of van de regionale maatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem verplicht is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt.

Wordt gelijkgeschakeld met de bovenvermelde persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij het ziekenfonds indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

2° hetzij slechts voor de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I). Dit is slechts mogelijk wanneer de persoon zich in een van de volgende situaties bevindt:

- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail;
- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV); wordt gelijkgeschakeld met deze persoon, de persoon die gewoonlijk in België verblijft maar die, in toepassing van de artikelen 17, 24 of 26 van het reglement (EG) 883/2004 van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, of van elke andere gelijkaardige bepaling vastgelegd in een internationaal akkoord, is onderworpen aan de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een andere staat dan België en die een formulier S1 of elk ander gelijkwaardig document bij de HZIV indient om te kunnen genieten, ten laste van het land waarin deze onderworpen is aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de prestaties die voorzien zijn door de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
- hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ingeschreven bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ)/Stelsel Overzeese Sociale Zekerheid;
- hij heeft recht op de terugbetaling van gezondheidszorgen krachtens het statuut van een instelling van Europees of internationaal recht gevestigd in België;
- hij is niet meer onderworpen aan de verplichte verzekering ingevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van een Belgische regering;
- hij maakt deel uit van het personeel van een ambassade of consulaat, in België gevestigd, dat in toepassing van de Conventies van Wenen van 1961 en 1963 voor geneeskundige verstrekkingen verzekerd moet zijn ten laste van het zendland;
- hij bevindt zich in een situatie bedoeld in artikel 3ter, 1°, van de wet van 6 augustus 1990 en hij is, voor de voornoemde verplichte verzekering, reeds elders ingeschreven of aangesloten;
- hij is gedetineerd of geïnterneerd en hij is, voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten laste van de FOD Justitie.
- hij is onderworpen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van een ander land dan België, en verblijft langer dan 3 maanden in België en is houder van een Europese ziekteverzekeringskaart.

Deze persoon is ambtshalve aangesloten bij de diensten:

- van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Ondernemingsnummer 0411.766.483) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);

§ 2. Tijdens een periode van internering of van detentie wordt de persoon die voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ten laste is van de FOD Justitie, voor de toepassing van § 1, 1, beschouwd als niet aangesloten bij het ziekenfonds, tenzij uitdrukkelijke verklaring om aangesloten te willen blijven voor de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I). In dit laatste geval, is de persoon eveneens aangesloten bij de diensten van de landsbond bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van de landsbond die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

§ 3. De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds voor de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten van het ziekenfonds die bedoeld zijn in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), heeft bovendien de mogelijkheid:

- om in voorkomend geval, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, deel te nemen aan het voorhuwelijkssparen, bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- om zich aan te sluiten bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand “Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen” waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij een dergelijke regionale maatschappij van onderlinge bijstand voor hem mogelijk is gemaakt door de regionale reglementering waarvan hij afhangt;
- om, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, een verzekeringsproduct te onderschrijven, georganiseerd door de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand MLOZ Insurance (ondernemingsnummer 422.189.629) waarvan het ziekenfonds een afdeling uitmaakt.

§4 Door de aanvaarding kan de rechthebbende beroep doen op de in artikel 2B van de statuten vastgestelde voordelen volgens de beschikbare middelen op dat moment. Het ziekenfonds behoudt zich het recht voor een aansluiting te weigeren rekening houdend met de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990.

§5 Alle rechthebbenden, conform huidig artikel aangesloten bij Helan Onafhankelijk ziekenfonds, zijn tevens aangesloten bij de diensten van Helan Onafhankelijk ziekenfonds georganiseerd door de verbonden VZW's waarmee Helan Onafhankelijk ziekenfonds een samenwerking heeft gesloten.

Artikel 6. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering

Onder "aanvullende verzekering van het ziekenfonds" wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).

De aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering neemt een aanvang:

1. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij hetzelfde ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
2. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, vanaf de eerste dag van het trimester van de inwerkingtreding van deze aansluiting;
3. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
4. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
5. voor een persoon bedoeld in artikel 5, § 1, 2°, alsook voor de personen die voor de eerste keer zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
6. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving.
7. Voor een persoon die in het buitenland verzekerd was en die voor een eerste keer als persoon ten laste aansluit bij een Belgisch ziekenfonds, de eerste dag van de maand waarin de aanvraag tot inschrijving als persoon ten laste in de verplichte verzekering is gebeurd.

Artikel 7. Aanvang van de aansluiting bij de verplichte verzekering

De datum waarop de aansluiting als lid van de activiteiten voorzien in artikel 2A van deze statuten wordt vastgelegd door de bepalingen van de wet van 14 juli 1994 of haar uitvoeringsbepalingen.

Artikel 8. Types van leden

§ 1. Inleiding

Naargelang zijn toestand m.b.t. het niveau van de betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6 van deze statuten, kan een persoon aangesloten bij het ziekenfonds:

1° hetzij een lid zijn dat een voordeel van deze diensten kan genieten;
2° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is geschorst;
3° hetzij een lid zijn van wie de mogelijkheid om een voordeel van deze diensten te genieten, is opgeheven.

De personen die als persoon ten laste bij een lid zijn ingeschreven en die recht op voordelen verkrijgen uit hoofde van dit lid, worden ingedeeld volgens hetzelfde type als de gerechtigde ten laste van dewelke zij zijn ingeschreven.

De niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft eveneens gevolgen voor:

- de mogelijkheid om de voordelen voorzien door de statuten van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen (500);
- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB), MLOZ Insurance (ondernemingsnummer 422.189.629) en van de aansluiting bij deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van deze verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand.

De betaling of de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering heeft geen enkel gevolg wat betreft het recht op de prestaties van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering en van de regionale verplichte verzekering. Er kan geen compensatie gebeuren tussen de onbetaalde bijdragen van de aanvullende verzekering en de prestaties van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van de regionale verplichte verzekering.

§ 2. Het lid dat een voordeel van de aanvullende verzekering kan genieten

Het betreft een lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6:

1° Voor de maand waarin zich de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van het voordeel heeft voorgedaan.

In dit opzicht wordt het lid dat in regel is met zijn bijdragen voor de betreffende diensten gedurende minstens 24 maanden, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze diensten gedurende de drie maanden die onmiddellijk volgen op deze periode.

Wanneer het lid ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde sinds meer dan 24 maanden bij verschillende Belgische ziekenfondsen en hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie gedurende deze periode, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Wanneer het lid voor de eerste keer aangesloten is als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds gedurende minder dan 24 maanden, en dat hij in regel was met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie vanaf het begin van zijn aansluiting, wordt hij, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel te zijn met de bijdragen voor de diensten in kwestie voor de drie maanden die onmiddellijk volgen op deze periode.

2° Voor de periode van 23 maanden die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van het voordeel heeft plaatsgevonden.

Wanneer de persoon zich voor de eerste keer aansluit als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds minder dan 23 maanden voor de maand van de gebeurtenis bedoeld in 1°, moet hij er in regel geweest zijn met zijn bijdragen voor de betreffende diensten, gedurende de ganse aansluitingsperiode die voorafgaat aan de gebeurtenis bedoeld onder 1°.

Wanneer de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel zich voordoet na de kortere wachttijd zoals bedoeld in artikel 8§4, lid 6 van de Statuten, kan deze persoon genieten van het voordeel wanneer hij in regel is met de bijdragen voor de periode die loopt vanaf de maand voor dewelke hij (opnieuw) begonnen is met de betaling van de bijdragen tot en met de maand tijdens dewelke deze gebeurtenis zich heeft voorgedaan;
Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het huidig punt 2, de persoon:
a) ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische

ziekenfondsen, moet hij, om te kunnen genieten van het voordeel in kwestie, in regel zijn met zijn bijdragen voor de diensten in kwestie, in elk ziekenfonds voor de maanden waarin hij erbij was aangesloten als gerechtige gedurende deze periode;

b) gedurende een of meerdere maanden niet was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, wordt die periode gelijkgesteld:

i° aan een periode waarvoor de persoon in regel was met zijn bijdragen wanneer deze:
   a. geen lid is waarvan de mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven is en die de wachttijd bedoeld in § 4, lid 6, niet heeft beëindigd;
   b. zich bevindt in een van de volgende situaties:
      - het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;
      - het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

ii° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in b, i°.

In de berekening van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2, worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Worden eveneens als betaald beschouwd, de bijdragen die het lid, omdat hij of zij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt, door de wet verhinderd is te betalen gedurende de periode die loopt van de eerste dag van de maand waarin de wachttijd bedoeld in artikel 8§4, lid 7 van deze Statuten, een einde neemt tot het einde van de maand voorafgaand aan de maand waarin de gebeurtenis, die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel van de Aanvullende Verzekering, zich voordoet.

Het lid dat gedurende een deel van de referentieperiode bedoeld in dit punt 2 als persoon ten laste was aangesloten en dat in regel is met de bijdragen sedert hij zelf gedurende deze referentieperiode gerechtigde is, wordt verondersteld in regel te zijn met zijn bijdragen voor deze ganse referentieperiode en, tot bewijs van het tegendeel, voor de drie maanden die onmiddellijk op deze periode volgen.

Deze bepaling doet geen afbreuk aan het feit dat de vordering tot betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, vijf jaar na het einde van de maand waarop de onbetaalde bijdragen betrekking hebben, verjaart.

Geen enkele persoon kan de hoedanigheid van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten opgeheven is, vóór 1 januari 2022 verwerven.

§ 3. Het lid van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is geschorst

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23e maand die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, geschorst.

Voor de toepassing van het vorig lid:

1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden.

2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.
Worden eveneens als betaald beschouwd, de bijdragen die het lid, omdat hij of zij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt, door de wet verhinderd is te betalen gedurende de periode die loopt van de eerste dag van de maand waarin de wachttijd bedoeld in artikel 8§4, lid 7 lid van deze Statuten, een einde neemt tot het einde van de maand voorafgaand aan de maand waarin de gebeurtenis, die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel van de Aanvullende Verzekering, zich voordoet.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de referentieperiode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meerdere maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgeschakeld:
1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze:

a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die de periode van "herstel van de mogelijkheid om te genieten in functie van de beschikbare middelen bedoeld in § 4, vijfde lid, niet heeft beëindigd;

b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
   - het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden;
   - het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 23 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering na betaling van alle verschuldigde bijdragen voor de betrokken periode van 23 maanden en voor de maand waarin de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden.

Wanneer de persoon ten laste van een gerechtigde van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten, is geschorst, zelf voor de eerste maal gerechtigde wordt, wordt deze persoon op het ogenblik van de inwerkingtreding van zijn aansluiting als gerechtigde, beschouwd als een lid in de zin van artikel 9 §2 van huidige statuten.
Wanneer de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel zich voordoet na de kortere wachttijd zoals bedoeld in artikel 8§4, lid 6 lid van de Statuten, kan deze persoon, in afwijking van het vorige lid, genieten van het voordeel na betaling van alle verschuldigde bijdragen voor de periode die loopt vanaf de maand voor dewelke hij (opnieuw) begonnen is met de betaling van de bijdragen tot en met de maand tijdens dewelke deze gebeurtenis

zich heeft voorgedaan;

§ 4. Het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, voor een periode die 24 maanden overstijgt, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven.

In afwijking hiervan kan geen enkele persoon de hoedanigheid van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten opgeheven is, vóór 1 januari 2022 verwerven.

Voor de toepassing van het vorig lid:

1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden.

2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon ononderbroken als gerechtigde aangesloten was bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de maanden van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende de aansluiting als gerechtigde in een voorafgaand ziekenfonds, in aanmerking genomen voor de toepassing van het eerste lid.

Indien, tijdens de periode bedoeld in het eerste lid, de persoon niet aangesloten was bij een Belgisch ziekenfonds gedurende een periode van een of meerdere maanden, wordt deze onderbrekingsperiode gelijkgeschakeld:

1° met een periode voor dewelke het lid in regel was met de bijdragen wanneer deze:

a) geen lid is van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven en die wachttijd bedoeld in het zesde lid, niet heeft beëindigd;
b) zich bevindt in een van de volgende situaties:
   1° het lid was in regel met zijn bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 24 maanden;

2° het lid was niet in regel met zijn bijdragen voor die diensten voor alle maanden waarin hij als gerechtigde was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds gedurende de voornoemde 24 maanden, maar betaalt de achterstallige bijdragen aan de entiteit of de entiteiten in kwestie ten laatste in de maand waarin de nieuwe aansluiting na de periode van onderbreking een aanvang neemt;

2° aan een periode waarvoor het lid niet in regel was met de bijdragen voor die diensten, in de andere situaties dan de situaties vermeld in 1°.

Zonder afbreuk te doen aan de toepassing van de verjaring bedoeld in artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990 zal het lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, slechts kunnen genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6 na een opeenvolgde periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen voor deze diensten moeten betaald geweest zijn zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten ("wachttijd").

In afwijking van het vorige lid, kan een lid dat zich in een behartenswaardige situatie bevindt, onverminderd de toepassing van artikel 48bis van de Wet van 6 augustus 1990, genieten van een voordeel van de Aanvullende Verzekering na het doorlopen van een kortere wachttijd, d.w.z.:

1° na een opeenvolgende periode van 6 maanden waarvoor de bijdragen moeten betaald worden zonder enig voordeel van de Aanvullende Verzekering te kunnen genieten, indien deze persoon zich in een behartenswaardige situatie bevindt:

- hetzij in de 6 maanden die deze opeenvolgende periode voorafgaan;
- hetzij in deze opeenvolgende periode;

2° na een opeenvolgende periode van 6 tot 23 maanden waarvoor de bijdragen werden betaald zonder enig voordeel van de Aanvullende Verzekering te kunnen genieten, indien de behartenswaardige situatie zich na de 6de maand van deze opeenvolgende periode en voor het einde van de periode van de 23ste maand na de maand tijdens dewelke de opeenvolgende periode begonnen is voordoet. In dit geval loopt de opeenvolgende periode tot en met de maand die voorafgaat aan deze waarin de behartenswaardige situatie een aanvang genomen heeft.

Onder lid dat zich in een behartenswaardige situatie bevindt bedoeld in het tweede lid, moet verstaan worden het lid bedoeld in §4, zevende lid.

De "wachttijd" wordt opgeschort:

1° gedurende de periode van opheffing van de mogelijkheid om te genieten in functie van de beschikbare middelen tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen

voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;

2° gedurende de periode van opheffing van de mogelijkheid om te genieten in functie van de beschikbare middelen tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, 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 aanvullende verzekering.

Wanneer een lid van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten is opgeheven, gedurende de wachttijd, ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden maanden van de wachttijd geteld vanaf de eerste dag van de maand waarvoor de bijdragen voor die diensten van het ziekenfonds waarbij hij tijdens die periode eerst was aangesloten, betaald werden.

Om een voordeel te kunnen genieten van de Aanvullende Verzekering voor een gebeurtenis die zich na de wachttijd voordoet, moet deze persoon in regel zijn met de bijdragen in elk ziekenfonds voor de maanden waarin hij erbij was aangesloten in de hoedanigheid van Gerechtigde gedurende de wachttijd.

In geval van onderbreking van de aansluiting als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds na het begin van de periode van de wachttijd schort de onderbrekingsperiode deze wachttijd waarvoor de bijdragen betaald moeten worden zonder enig voordeel van de diensten van de aanvullende verzekering te kunnen genieten, op; deze opschorting kan evenwel niet meer bedragen dan vijf jaar.

Wanneer de persoon ten laste van een gerechtigde van wie de mogelijkheid om voordelen van de aanvullende verzekeringen te genieten, is opgeheven, zelf voor de eerste maal gerechtigde wordt, wordt deze persoon op het ogenblik van de inwerkingtreding van zijn aansluiting als gerechtigde, beschouwd als een lid in de zin van artikel 9 §2 van huidige statuten.

Onder lid dat zich in een behartenswaardige situatie bevindt bedoeld in §4, zevende lid, moet verstaan worden het lid bedoeld hieronder onder 1° of 2°:

1° het lid dat zich in de 6 maanden die voorafgaan aan het begin van de opeenvolgende periode van 6 maanden, bedoeld in §4, zevende lid, 1°, waarin hij (opnieuw) begint de bijdragen te betalen, in één van de volgende situaties bevindt:

- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand het leefloon ingesteld bij de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke

integratie;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand steun die geheel of gedeeltelijk door de federale overheid ten laste wordt genomen op grond van de artikelen 4 en 5 van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand de inkomensgarantie voor ouderen ingesteld bij de wet van 22 maart 2001;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand het gewaarborgd inkomen voor bejaarden ingesteld bij de wet van 1 april 1969 of is rechthebbende die het recht op de rentebijslag behoudt;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand een inkomensvervangende tegemoetkoming die wordt toegekend aan een persoon met een handicap krachtens de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;
- hij of zij is gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand onder budgetbegeleiding of budgetbeheer bij het OCMW volgens artikel 60, §4 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand werkloosheidsuitkering waarvan het bedrag van de inkomensgarantie voor ouderen voor een alleenstaande, ingesteld bij de wet van 22 maart 2001, niet overschrijdt;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand ziekte-uitkering waarvan dit bedrag het bedrag van de inkomensgarantie voor ouderen voor een alleenstaande, ingesteld bij de wet van 22 maart 2021, niet overschrijdt;
- hij of zij is in een toestand van collectieve schuldenregeling die minimum loopt tijdens een deel van het voornoemde tijdvak;
- hij of zij bevindt zich in een toestand van faillissement op voorwaarde dat het vonnis van faillietverklaring werd uitgesproken in het voornoemde tijdvak en dat het niet over een frauduleus faillissement gaat;

2° het lid dat zich, in de opeenvolgende periode bedoeld in §4, zevende lid, 2°, in een situatie bevindt bedoeld onder 1°gedurende minstens eenzelfde tijdvak als deze bedoeld onder 1°. Voor de toepassing van deze bepaling moet het vonnis bedoeld in het laatste streepje onder 1° uitgesproken worden tijdens deze opeenvolgende periode.

Artikel 9. <u>Personen ten laste</u>

Om te bepalen wie verstaan wordt onder “persoon ten laste” wordt verwezen naar het begrip “mutualistisch gezin” (Koninklijk Besluit van 2 maart 2011, artikel 1 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010), waarbij slechts de personen die geen gerechtigde zijn in de verplichte verzekering beschouwd worden als persoon ten laste.

Artikel 10. Ontslag

Een lid kan zijn aansluiting bij de in artikel 2 A. van de statuten beoogde diensten op eigen initiatief alleen maar opzeggen overeenkomstig de artikels 255 tot 274 van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de individuele mutaties. Dat houdt onder andere de betaling van alle verschuldigde bijdragen in.
Het ziekenfonds kan de betaling van de bijdragen van de aanvullende diensten niet meer opvragen na het verloop van de verjaringstermijn van 5 jaar voorzien bij artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990. De niet-betaling van bijdrage van de aanvullende diensten maakt geen reden uit om een mutatie van een lid te weigeren.

Artikel 11. Opheffing van de mogelijkheid om te genieten van voordelen van de diensten van de aanvullende verzekering wegens niet-betaling van de bijdragen

Wanneer de bijdragen voor de diensten en verrichtingen georganiseerd door het ziekenfonds niet betaald worden voor een periode van 24 maanden (niet noodzakelijk opeenvolgend) wordt de mogelijkheid om te kunnen genieten van deze diensten en verrichtingen opgeheven nadat hen, uiterlijk in de loop van de maand die volgt op de 21ste maand, een schrijven toegestuurd werd. Het schrijven maant het lid aan om zijn achterstallige bijdragen te betalen, en brengt hem op de hoogte van zijn opheffing van het recht om van de voordelen van de aanvullende diensten van het ziekenfonds te genieten, met ingang van de eerste dag volgend op de 24ste maand van de niet betaling van de bijdragen, evenals van de stappen die ondernomen dienen te worden om gedekt te blijven voor de aanvullende diensten.

Het lid, aangesloten bij de VMOB MLOZ Insurance voor een verzekering, ontvangt voormelde kennisgeving van opheffing per aangetekende schrijven (brief of mail). Dit schrijven heeft de stopzetting van zijn verzekeringscontract tot gevolg.

Artikel 12. Uitsluiting om andere redenen

A. Kunnen als lid van de diensten bedoeld in artikel 2.A. en 2.B. en C. uitgesloten worden, de leden die zich schuldig maken aan een inbreuk op de wet van 6 augustus 1990 of haar uitvoeringsbesluiten.

B. Kunnen eveneens worden uitgesloten van de diensten bedoeld in artikel 2.A. en 2.B. en C., de leden die daden stellen van lichamelijke of verbale agressie in de lokalen van het ziekenfonds, of zich schuldig maken aan fraude of herhaalde respectloze uitlatingen of lasterlijke aantijgingen ten aanzien van het ziekenfonds of jegens medewerkers of andere leden van het ziekenfonds of van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Voorgaande alinea is eveneens van toepassing in het geval de feiten gepleegd zijn ten aanzien van juridische entiteiten die samenwerken met het ziekenfonds in het kader van de uitoefening van de aanvullende verzekering.

C. De uitsluitingsbeslissing wordt genomen door de Raad van Bestuur of door de persoon of commissie daartoe aangewezen door de Raad van Bestuur, na het lid gehoord te hebben in zijn verweermiddelen.
Meldt het lid zich niet aan op de hiervoor vastgestelde dag**,** plaats en uur, dan wordt het geacht aan zijn rechten op verdediging verzaakt te hebben, op voorwaarde dat het lid tijdig werd opgeroepen (minstens tien dagen op voorhand) en geen gegronde reden voor zijn afwezigheid heeft opgegeven. De uitsluiting gaat in op de eerste dag van het tweede kwartaal volgend op de datum van de (geplande) hoorzitting.

Artikel 13.Terugbetaling van betaalde bijdragen

Het ontslagnemende, geschrapte of uitgesloten lid kan geen enkele aanspraak maken op de bezittingen van het ziekenfonds, met uitzondering van de vooruitbetaalde bijdragen voor perioden die volgen op het verlaten van het ziekenfonds. Dit geldt ook wanneer het lid van ziekenfonds binnen eenzelfde landsbond verandert.

Deze bijdrage dient door het ziekenfonds terugbetaald te worden binnen de drie maanden na het einde van de aansluiting.

De bijdragen voor de aanvullende diensten voor de nog niet verstreken periodes moeten aan de rechthebbenden van een overleden lid terugbetaald worden.

Hoofdstuk III. – De bestuursorganen

Afdeling 1 - De Algemene Vergadering van het ziekenfonds

A. Samenstelling

Artikel 14. Samenstelling van de Algemene Vergadering

De Algemene Vergadering bestaat uit één vertegenwoordiger per volledige schijf van 1.000 leden indien het ziekenfonds niet meer dan 75.000 leden telt.

Telt het ziekenfonds meer dan 75.000 leden doch minder dan 505.000 leden, dan is de Algemene Vergadering samengesteld uit ten minste 75 vertegenwoordigers voor de eerste schijf van 75.000 leden, en ten minste één vertegenwoordiger per volledige schijf van 10.000 leden boven de 75.000 leden.

Telt het ziekenfonds meer dan 505.000 leden, dan is de Algemene Vergadering samengesteld uit ten minste 118 vertegenwoordigers vermeerderd met 25 vertegenwoordigers per volledige schijf van 20.000 leden boven de 505.000 leden met een maximum van 250 leden.

De "leden" in de zin van huidig artikel, die in aanmerking worden genomen om het aantal vertegenwoordigers te bepalen in de Algemene Vergadering, zijn de gerechtigden die deel uitmaken van het ledenbestand per 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarin deze aantallen moeten vastgesteld worden, zoals blijkt uit de staten opgesteld door het RIZIV bij toepassing van artikel 345, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Deze vertegenwoordigers worden door de leden en de personen te hunnen laste verkozen voor een hernieuwbare periode van maximaal zes jaar. Personeelsleden van het ziekenfonds kunnen geen deel uitmaken van de Algemene Vergadering.

Artikel 15. Kiesomschrijvingen

Met het oog op de verkiezingen van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering wordt het ziekenfonds ingedeeld in 1 kiesomschrijving.

Artikel 16. Aantal vertegenwoordigers kiesomschrijving

Binnen de kiesomschrijving verkiezen de leden en de personen te hunnen laste die stemgerechtigd zijn, het aantal vertegenwoordigers dat in verhouding staat tot het ledental dat tot de kiesomschrijving behoort, volgens de quota's van artikel 14.

Artikel 17. Stemrecht en verkiesbaarheid

A. Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering:
   - moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste van een lid hebben;
   - moet men meerderjarig of vrij van voogdij zijn.
   - wanneer het een lid betreft, moet dit lid in regel zijn met de bijdragen van het ziekenfonds
   - wanneer het een persoon ten laste betreft, moet het lid bij wie deze persoon ten laste is, in regel zijn met de bijdragen van het ziekenfonds.

B. Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger (zowel effectief als plaatsvervangend) en om vertegenwoordiger te blijven in de Algemene Vergadering moeten de leden of personen ten laste:
   - stemgerechtigd zijn;
   - niet om dringende redenen ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds of van de landsbond;
   - geen deel uitmaken van het personeel van het ziekenfonds; wanneer een ziekenfonds overgenomen zal worden door een ander ziekenfonds in het kader van een fusie die in werking treedt op 1 januari van het jaar waarin de verkiezing van de algemene vergadering van het overnemende ziekenfonds zal plaatsvinden, worden de personen aangesloten bij het ziekenfonds dat overgenomen wordt beschouwd als personen aangesloten bij van het overnemende ziekenfonds;

   - op het moment van de oproep tot kandidaatstelling sedert minstens 2 jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds. De aansluitingsperiode bij een ander ziekenfonds dat met het ziekenfonds gefuseerd heeft wordt meegeteld;
   - geen rechtsvervolging tegen het ziekenfonds ingesteld hebben;

Men kan slechts kandidaat zijn in die kiesomschrijving waar men stemgerechtigd is.

B. Verkiezingsprocedure

Artikel 18. Oproep tot kandidaturen

Door middel van de publicaties op website en elektronische nieuwsbrief of klantenmagazine bestemd voor de leden van het ziekenfonds, worden de leden en de personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoogd zijn, op de hoogte gebracht van:

- de oproep tot de kandidaturen, de te vervullen voorwaarden om verkozen te worden en de wijze van kandidatuurstelling;
- de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen;
- de indeling van de kiesomschrijving(en) en het aantal mandaten per kiesomschrijving;
- de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

De oproep gebeurt uiterlijk op 31 oktober van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

Artikel 19. Kandidaatstelling

De kandidatuurstelling, vergezeld van een motivatie, gebeurt per aangetekende brief of per aangetekende e-mail gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds uiterlijk op 30 november van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De voorzitter, die vaststelt dat de kandidaat niet aan de bij artikel 17 B. van deze statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mee, uiterlijk op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De kandidaat die deze weigering betwist, kan – zoals geldt voor alle betwistingen m.b.t. de mutualistische verkiezingen - een beroep doen op of een klacht neerleggen bij de CDZ in overeenstemming met artikel 47 van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991.

Artikel 20. Opstelling van de kandidatenlijsten

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds maakt de lijst van de effectieve kandidaten op, rekening houdend met de beslissingen van de CDZ met betrekking tot de klachten tegen een weigering van kandidatuurstelling door de voorzitter, zoals bepaald in artikel 19.

De Raad van Bestuur bepaalt de volgorde waarin de kandidaten op de lijst voorkomen. Alle kandidaten moeten op de lijst vermeld staan.
Deze lijsten worden overgemaakt aan het kiesbureau.

Artikel 21. Mededeling van de kandidatenlijsten

De lijst met de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, moet via publicaties op de website en in het klantenmagazine of elektronische nieuwsbrief aan de stemgerechtigde personen worden meegedeeld uiterlijk op 28 februari van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

Artikel 22. Opsturen van de oproepingen voor de stemming en mededeling verkiezingsdatum

In geval een stemming moet georganiseerd worden, en er dus meer kandidaten zijn dan in te vullen mandaten, worden de oproepingen voor de stemming met steminstructies op basis van de definitieve lijsten van de kandidaturen met de mededeling van de verkiezingsdatum per e-mail of per brief opgestuurd naar alle leden en naar hun stemgerechtigde personen ten laste, uiterlijk op 15 maart van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De verkiezingen vinden plaats ten vroegste 8 kalenderdagen na het opsturen van de oproepingen.

Artikel 23. Kiesbureau

De organisatie van en het toezicht op de kiesverrichtingen worden toevertrouwd aan een kiesbureau samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en twee bijzitters.
Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste dertig dagen vóór de aanvang van de kiesverrichtingen.

De voorzitter en de bijzitters van het kiesbureau worden aangesteld door de Raad van Bestuur. De secretaris wordt door de voorzitter uit de personeelsleden van het ziekenfonds aangewezen. De kandidaten voor de verkiezing mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau.
Het kiesbureau neemt de nodige maatregelen om het regelmatige verloop van de kiesverrichtingen te verzekeren.

Artikel 24. Opstelling van de kiezerslijsten

De kiezerslijsten worden opgemaakt per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van de kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten.

De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. Ze vermelden naam, voornamen, lidnummer en adres van iedere kiezer.

Artikel 25. Verloop van de stemming

De stemming is niet verplicht.
De stemming is geheim.
De stemming per volmacht is verboden.

De Voorzitter van het kiesbureau stuurt aan de leden een oproepingsbrief (per post of per mail) met de steminstructies uiterlijk op 15 maart van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden.

De stemming gebeurt elektronisch ter plaatse op de daartoe aangeduide vestigingen van het ziekenfonds of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de CDZ vastgestelde voorwaarden.

Bij ontstentenis van elektronische stemming, wordt stemming per brief georganiseerd waarbij de oproepingsbrief vergezeld zal zijn van een stembiljet.

De stemming gebeurt in dat geval volgens de hierna beschreven procedure:

- Het afgestempelde stembiljet wordt in een eerste open omslag gestoken die geen enkel opschrift draagt.
- Een tweede omslag, eveneens open, doch met de vermelding 'port betaald door de bestemmeling' wordt bij de zending gevoegd en draagt het volgende opschrift 'Aan de voorzitter van het Kiesbureau het ziekenfonds, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk'.
  Deze omslag vermeldt op de rugzijde de identiteit van de afzender, zijn adres en zijn lidnummer.
- Dit alles wordt samen met de oproeping aan de kiezer gestuurd in een derde omslag, getekend door de voorzitter van het kiesbureau.
- De kiezer stuurt met de post met de tweede omslag, voorzien van het voorgedrukte adres, de gesloten blanco omslag met het stembiljet erin.
  Deze zending moet aankomen voor de sluiting van de stemming, waarvan de datum vermeld wordt op de stembrief en wordt in een daartoe bestemde verzegelde bus bewaard in het ziekenfonds onder toezicht van de secretaris van het kiesbureau.
  De biljetten die na deze datum aankomen, zullen nietig beschouwd worden. De door het kiesbureau opgemaakte lijsten zullen als bewijs gelden van de ontvangst door het ziekenfonds.

Artikel 26. <u>Uitbrengen van de stemmen</u>

De kiezer mag stemmen voor de lijst volgens de volgorde opgesteld door de Raad van Bestuur of voor één bepaalde kandidaat. De lijst wordt opgesteld in alfabetische volgorde van de naam van de kandidaten, alternerend mannen en vrouwen en beginnend met de letter die door de voorzitter via loting wordt bepaald.

De naamstem wordt uitgebracht in het stemvak achter de naam en voornaam van de kandidaat aan

wie de kiezer zijn stem wil geven.

Artikel 27. Telling van de stemmen

Behoudens onvoorziene omstandigheden gaat het kiesbureau op de dag van de verkiezingen over tot de telling van de uitgebrachte stemmen en beëindigt deze telling ten laatste de zevende daaropvolgende dag.

De vertegenwoordigers worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.
Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het (de) laatste toe te kennen manda(a)at(en), wordt het (de) manda(a)t(en) aan de jongste kandida(a)t(en) toegekend.

De kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen en die niet als effectieve afgevaardigde worden verkozen, worden als plaatsvervanger verkozen.

De lijst van de plaatsvervangers wordt opgesteld in functie van het aantal stemmen dat deze personen hebben behaald bij de verkiezingen.

Zijn ongeldig:

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop niet gestemd is;
- stembiljetten waarop meerdere stemmen worden uitgebracht;
- stembiljetten met schrappingen of overschrijvingen;
- stembiljetten die samen in dezelfde enveloppe worden verstuurd;
- stembiljetten die de identificatie van de kiezer mogelijk maken;
- stembiljetten die na de sluiting van de stemming aankomen.

Het kiesbureau maakt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen, met opgave van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van identiteitscontrole van de kiezer, de uitslag van de stemming.

Het kiesbureau neemt ook in het proces-verbaal de uitslag op van de stemming van de kiesomschrijving waar er geen stemming werd gehouden omwille van de redenen vermeld in artikel 28 van deze statuten.

Artikel 28. Vrijstelling van de verplichting om over te gaan tot een stemming

Wanneer het aantal kandidaten in de kiesomschrijving gelijk of kleiner is dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan worden deze kandidaten automatisch verkozen, wordt er in de betrokken kiesomschrijving geen enkele stemming georganiseerd en wordt de algemene vergadering geacht rechtsgeldig te zijn samengesteld tot de volgende mutualistische verkiezingen.

Artikel 29. Bekendmaking van de resultaten

De leden en de stemgerechtigde personen ten laste worden, via de website en elektronische nieuwsbrief of klantenmagazine, ingelicht over de uitslagen van de stemming, uiterlijk vijftien kalenderdagen na de dag van de stemming of na de vaststelling dat niet overgegaan moet worden tot een stemming gelet op het feit dat het aantal kandidaten voor het geheel van het ziekenfonds kleiner of gelijk is aan het aantal toe te kennen effectieve mandaten.

Artikel 30. Publicaties in verband met de verkiezingen

Een exemplaar van het kiesreglement en van de publicaties (berichtgevingen) bedoeld bij artikelen 18 van deze statuten, alsook de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces- verbaal van de kiesverrichtingen worden overgemaakt aan de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten en aan de CDZ, binnen de dertig dagen na datum van afsluiting van de verkiezingsperiode.

C. Installatie van de Algemene Vergadering en verlies hoedanigheid

Artikel 31. Installatie van de Algemene Vergadering en raadgevers

De nieuwe Algemene Vergadering wordt uiterlijk op 30 juni van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen hebben plaatsgevonden geïnstalleerd.

De vervanging van overleden, ontslagnemende of overeenkomstig artikel 32 van deze statuten afgezette vertegenwoordigers gebeurt bij de eerstvolgende Algemene Vergadering door het oproepen van de eerst verkozen plaatsvervangers in de kiesomschrijving in kwestie.

Indien het aantal mandaten, zoals vereist door artikel 14 niet of niet meer bereikt wordt en er geen plaatsvervangers zijn of geen plaatsvervangers meer zijn, wordt de algemene vergadering toch geacht rechtsgeldig te zijn samengesteld tot de volgende mutualistische verkiezingen.

De algemene vergadering kan maximum vijf raadgevers bij de algemene vergadering aanduiden.

Deze hebben raadgevende stem.

De personen die in het ziekenfonds hetzij belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen, kunnen de vergaderingen van de algemene vergadering met raadgevende stem bijwonen.

Bovendien kan de landsbond waarbij een ziekenfonds is aangesloten ook een persoon aanduiden om hem te vertegenwoordigen in de algemene vergadering van dat ziekenfonds met raadgevende stem.

Artikel 32. Verlies van hoedanigheid van lid van de Algemene Vergadering

Verliezen automatisch hun hoedanigheid van afgevaardigde:

- diegene die niet langer aangesloten is bij het ziekenfonds;

Verliezen bij beslissing (conform de procedure zoals opgenomen in artikel 36 van de statuten) van de Algemene Vergadering hun hoedanigheid van afgevaardigde:

- diegene die twee opeenvolgende keren zonder gemotiveerde reden afwezig is op de Algemene Vergadering;
- diegenen die een bestuurslid van het ziekenfonds in de uitoefening van zijn ambt belasteren;
- diegenen die een afgevaardigde tijdens een vergadering beledigen;
- diegenen die door hun daden de belangen van het ziekenfonds schaden;
- diegenen die weigeren zich te voegen naar de statuten en speciale reglementen van het ziekenfonds;
- diegenen die een al dan niet voorwaardelijke, in kracht van gewijsde gegane veroordeling hebben opgelopen wegens eerroof, wegens een aanslag op de goede zeden, wegens verduistering, wegens valsheid in geschriften en gebruik van valse stukken;
- diegene die in de loop van het mandaat een bezoldiging van het ziekenfonds ontvangt.

D. Bevoegdheden en werking van de Algemene Vergadering

Artikel 33. Bevoegdheden van de Algemene Vergadering

De Algemene Vergadering van het ziekenfonds beraadslaagt en beslist over de volgende aangelegenheden:

- de statutenwijzigingen;
- de verkiezing en afzetting van de bestuurders;
- de goedkeuring van de begrotingen en de jaarrekeningen;
- de toekenning van zitpenningen of van de terugbetaling van kosten verbonden aan de uitoefening van het mandaat en de toekenning van een forfaitaire onkostenvergoeding voor

deze kosten aan de bestuurders en aan de leden van de Algemene Vergadering
- het aanstellen van één of meer bedrijfsrevisoren;
- de samenwerking met derden, bedoeld in artikel 43 van de wet van 6/08/1990, behalve voor de vormen van samenwerking of het onderwerp van de samenwerking, die de Koning definieert, op voorstel van de Controledienst en na advies van het Technisch comité bedoeld in artikel 54 van dezelfde wet;
- de fusie met een ander ziekenfonds;
- de aansluiting bij een andere landsbond;
- de mutatie naar een andere landsbond;
- de ontbinding van het ziekenfonds en de handelingen betreffende de vereffening van het ziekenfonds ;
- de inrichting en de groepering van diensten in een door artikel 43 bis van de wet van 6/08/1990 bedoelde maatschappij van onderlinge bijstand;

De Algemene Vergadering mag de bevoegdheid tot aanpassing van de bijdragen aan de Raad van Bestuur delegeren. Deze delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.

Deze aanpassingen worden aan de CDZ meegedeeld en gepubliceerd overeenkomstig de voorschriften van artikel 12, paragraaf 2 van de wet van 6 augustus 1990.

Artikel 34. Oproeping van de Algemene Vergadering

De Algemene Vergadering wordt door de Raad van Bestuur of door de Voorzitter bij delegatie door de Raad van Bestuur bijeengeroepen in de bij de wet of de statuten bepaalde gevallen, alsook als ten minste één vijfde van de leden van de Algemene Vergadering dit vraagt.

De Algemene Vergadering wordt per e-mail of - wanneer een lid hier uitdrukkelijk om verzoekt - per brief bijeengeroepen. De uitnodiging behoort uiterlijk twintig kalenderdagen voor de datum van de vergadering verstuurd te worden en moet de agenda bevatten.

Artikel 35. Goedkeuring van de jaarrekeningen en van de begroting

De Algemene Vergadering wordt ten minste eenmaal per jaar bijeengeroepen met het oog op de goedkeuring van de jaarrekeningen en de begroting.

Elk lid van de Algemene Vergadering moet uiterlijk acht dagen voor de datum van de Algemene Vergadering over een documentatie met de volgende gegevens beschikken:
- het activiteitenverslag over het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de werking van de verschillende diensten ;

- de opbrengst van de ledenbijdragen en de bestemming ervan, opgesplitst over de verschillende diensten ;
- het ontwerp van de jaarrekening met de balans, de resultatenrekening en de toelichting, alsook het verslag van de revisor;
- het begrotingsontwerp voor het volgende dienstjaar, zowel globaal als opgesplitst over de verschillende diensten ;
- Het jaarverslag over de samenwerking met derden zoals bedoeld in artikel 43§1 van de wet van 6 augustus 1990
- De voorstellen tot wijziging van de statuten
- De beslissingen die na de vorige Algemene Vergadering door de Raad van de Controledienst werden genomen aangaande de statutenwijzigingen.

Nadat de jaarrekeningen en de begroting door de Algemene Vergadering zijn goedgekeurd, worden ze door de Raad van Bestuur aan de Controledienst, via bemiddeling van de landsbond, gestuurd binnen de door de Koning bepaalde termijnen.

Artikel 36. Beraadslagingen van de Algemene Vergadering

Behalve in de gevallen waarin de wet of de statuten het anders bepalen, zijn de beslissingen van de Algemene Vergadering rechtsgeldig als ze genomen zijn in aanwezigheid of vertegenwoordiging van ten minste de helft van haar leden en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen.
Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet bereikt is, wordt een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen uiterlijk acht kalenderdagen voor de datum van de vergadering, die rechtsgeldig beraadslaagt ongeacht hoeveel leden aanwezig of vertegenwoordigd zijn en ongeacht het onderwerp van de beraadslaging.

§ 1 De Algemene Vergadering wordt in principe gehouden met fysieke aanwezigheid.

Teneinde een zo groot mogelijk aantal verkozenen in staat te stellen deel te nemen aan de vergaderingen van de Algemene Vergadering, kan de Raad van Bestuur (of de voorzitter in het kader van de bevoegdheden die aan hem gedelegeerd zijn) in de volgende mogelijkheid voorzien:

- om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,
- om op afstand te stemmen vóór de vergadering.

De Raad van Bestuur waakt erover:

- dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;
- dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.

§ 2. In afwijking van § 1 kan de Raad van Bestuur een vergadering van de Algemene Vergadering uitsluitend via videoconferentie of via schriftelijke raadpleging organiseren wanneer uitzonderlijke omstandigheden of de dringende noodzaak dat vereisen.
Onder de termen “uitzonderlijke omstandigheden” moet men verstaan: “elke omstandigheid die het houden van een vergadering met fysieke aanwezigheid onmogelijk maakt of verbiedt”.
Onder de termen “dringende noodzaak” moet men verstaan: “elke situatie die vereist dat er snel wordt gehandeld om schade te vermijden of om de termijn waarin een beslissing moet worden genomen te respecteren”.

§ 3. De convocatietermijnen, het aanwezigheidsquorum en de vereiste meerderheid zoals voorzien in de wet van 6 augustus 1990 of deze statuten opdat de beraadslagingen van de Algemene Vergadering geldig zouden zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in § 1 en 2.

Voor het te bereiken quorum, worden de verkozenen die aan de Algemene Vergadering deelnemen via videoconferentie of die hun stem schriftelijk hebben meegedeeld of die vóór de vergadering op afstand hebben gestemd, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In dat geval hebben de verkozenen natuurlijk geen recht op een vergoeding voor hun reiskosten of maaltijden.

De statutaire bepalingen betreffende de mogelijkheid om een volmacht te geven, zijn eveneens van toepassing wanneer de vergadering per videoconference wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de verkozenen die per videoconference aan de vergadering deelnemen overeenkomstig § 1. Wanneer de vergadering gehouden wordt via schriftelijke raadpleging, mogen geen volmachten gegeven worden.

§ 4. De uitnodiging voor de zitting van de Algemene Vergadering vermeldt de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.
Ze vermeldt in voorkomend geval een heldere en nauwkeurige beschrijving van de procedures met betrekking tot de deelname op afstand of per schriftelijke raadpleging, de mogelijkheid om zijn stem uit te brengen vóór de vergadering en of het mogelijk is om een volmacht te geven aan een andere verkozene.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconference wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de verkozenen in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de Algemene Vergadering en hun stemrecht uit te oefenen over alle punten waarover de Algemene Vergadering zich moet uitspreken. Het elektronische communicatiemiddel moet de verkozenen ook in staat stellen om aan de beraadslagingen deel te nemen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer gekozen wordt voor een schriftelijke raadpleging:

- bevat de uitnodiging de agenda van de vergadering, de redenen voor de schriftelijke raadpleging, de informatie die nodig is om vragen te kunnen uitwisselen en een stembiljet met de vermeldingen ‘ja’, ‘neen’ of ‘onthouding’
- vermeldt de uitnodiging de termijn waarbinnen de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of elektronisch adres waarnaar de stembiljetten gestuurd moeten worden
- de uitnodiging vermeldt ook binnen welke termijn vragen schriftelijk mogen worden gesteld; de Raad van Bestuur ziet erop toe dat de antwoorden op de vragen beschikbaar zijn voor alle verkozenen zodat deze laatsten er rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun uitgebrachte stem kunnen aanpassen in functie van deze vragen en antwoorden.

Als een schriftelijke raadpleging via de post beantwoord wordt, wordt rekening gehouden met de poststempel om te bepalen of de stem op tijd werd uitgebracht. Om te kunnen worden meegeteld, moet de stem echter uiterlijk 3 werkdagen na het verstrijken van de voornoemde periode zijn ontvangen.

Bij de schriftelijke procedure kunnen de leden tot vier werkdagen vóór de vergadering hun opmerkingen over en/of hun instemming met/afwijzing van de verschillende punten kenbaar maken. Een ontwerp van de notulen met de opmerkingen/goedkeuringen van de leden zal ter validering aan de leden worden bezorgd.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die gesteld werden en de opmerkingen die geformuleerd werden, alsook de antwoorden daarop, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die genomen werden, samen met:

1. het aantal aanwezige of vertegenwoordigde verkozenen
2. indien van toepassing, het aantal verkozenen dat een volmacht gegeven heeft
3. het aantal verkozenen die niet aanwezig en niet vertegenwoordigd zijn
4. de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.
5. de eventuele technische problemen en incidenten die de elektronische deelname of stemming hebben verhinderd of verstoord
6. het aantal verkozenen dat via videoconference heeft deelgenomen en het aantal verkozenen dat fysiek aanwezig was
7. indien van toepassing, het aantal verkozenen dat vanop afstand gestemd heeft vóór de vergadering

De notulen of de aanwezigheidslijst bevatten/bevat bovendien:

1. de identiteit van de aanwezige of vertegenwoordigde verkozenen

2. de identiteit van de verkozen die een volmacht gegeven hebben en aan wie
3. de identiteit van de verkozenen die niet aanwezig en niet vertegenwoordigd waren
4. indien van toepassing, de identiteit van de verkozenen in functie van de manier waarop deelgenomen werd aan de vergadering (fysiek aanwezig, videoconference of schriftelijke raadpleging)

§ 8. De Raad van Bestuur kan de bijeenroeping van de Algemene Vergadering en de bevoegdheden beoogd in § 1, 2 en 6 conform de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 delegeren.

§9. Elk lid van de Algemene Vergadering kan volmacht geven aan een ander lid van de Algemene Vergadering. Elke persoon mag slechts drager van één volmacht zijn. Nochtans zijn de leden niet stemgerechtigd voor de agendapunten die betrekking hebben op diensten of activiteiten waaraan de categorieën van leden die hen vertegenwoordigt geen bijdragen betalen. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter doorslaggevend.

§10. De kosten verbonden aan het bijwonen van de Algemene Vergadering worden aan de afgevaardigde vergoed.

Artikel 37. Buitengewone Algemene Vergadering

Telkens de Raad van Bestuur dit nodig acht, kan een Buitengewone Algemene Vergadering worden samengeroepen.
De oproepingen vermelden de agenda en worden ten minste twintig dagen voor de datum van de vergadering aan de afgevaardigden verzonden.

De Buitengewone Algemene Vergadering is geldig samengesteld wanneer ten minste de helft van de leden aanwezig zijn.

De beslissingen van de Buitengewone Algemene Vergadering worden genomen bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen (behalve in de gevallen waarin de wet of deze statuten het anders bepalen).

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet bereikt is, wordt een tweede Buitengewone Algemene Vergadering bijeengeroepen, die rechtsgeldig beraadslaagt ongeacht hoeveel leden aanwezig zijn. De oproepingstermijn wordt hier beperkt tot 8 dagen.

Artikel 38. Bedrijfsrevisoren

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990 benoemt de Algemene Vergadering één of meer bedrijfsrevisoren, die ze kiest uit een door de Controledienst opgestelde lijst van erkende revisoren, die leden van het Instituut der Bedrijfsrevisoren zijn.

De revisor(en) brengt (brengen) verslag uit aan de Algemene Vergadering, die op haar agenda de goedkeuring van de jaarrekening over het dienstjaar heeft staan.

Het mandaat van de revisor(en) is vastgesteld voor een hernieuwbare periode van drie jaar.

De revisor(en) woont (wonen) de Algemene Vergadering bij als deze beraadslaagt over een door hem (hen) opgemaakt verslag.

De revisor(en) heeft (hebben) het recht op de Algemene Vergadering het woord te voeren met betrekking tot de vervulling van zijn (hun) taak.

Afdeling 2 - Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond

Artikel 39. Afvaardiging bij de Algemene Vergadering van de landsbond

De afvaardiging van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de landsbond zal worden bepaald door de statuten van de landsbond.

De afgevaardigden worden voorgedragen door de Raad van Bestuur en worden verkozen door de Algemene Vergadering.

Om verkozen te kunnen worden als afgevaardigde in de algemene vergadering van de landsbond :
1° mag men geen lid zijn van het personeel van de landsbond of ontslagen zijn als personeelslid van de landsbond omwille van ernstige tekortkoming of van een andere reden bedoeld door de statuten.
2° moet men voldoen aan de eventuele andere bijkomende voorwaarden die in de statuten van de landsbond worden opgenomen.

Artikel 40. Kandidaatstelling

De leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de landsbond, moeten zich per aangetekende brief of tegen ontvangstbewijs aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds kandidaat stellen, vijftien dagen voor de datum van de Algemene Vergadering die de stemming zal uitvoeren.

Artikel 41. Verkiezing van de afgevaardigden

De stemming is geheim.

De stemming kan gebeuren per kiesomschrijving.

De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatse of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de CDZ vastgestelde voorwaarden.

De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat, wordt het mandaat toegekend aan de jongste kandidaat.

De vervanging van overleden, ontslagnemende of conform artikel 16 e.v. van de statuten van de Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen afgezette afgevaardigden heeft plaats op de eerstvolgende Algemene Vergadering van het ziekenfonds en verloopt volgens de hierboven beschreven procedure.

De op deze wijze verkozen afgevaardigde voleindigt het mandaat van diegene die hij vervangt.

Afdeling 3 – Verkiezing van de vertegenwoordigers in de Algemene Vergadering van de Regionale maatschappijen van onderlinge bijstand in de zin van artikel 43bis§1, tweede lid van de wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds aangesloten is

Samenstelling van de Algemene Vergadering

Artikel 42.
De Algemene Vergadering van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand is samengesteld uit ten minste 10 afgevaardigden van de aangesloten ziekenfondsen die voor de duur van maximaal zes jaar worden verkozen door de Algemene Vergadering van de aangesloten ziekenfondsen.

Elk aangesloten ziekenfonds kan erin worden vertegenwoordigd in verhouding tot het aantal gerechtigden en hun personen ten laste die erbij zijn aangesloten, die ook lid zijn van de regionale maatschappij van onderlinge bijstand, in de zin van artikel 1, 8° van het KB van 30 juli 2022 tot uitvoering van artikelen 14, §3 en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen e de landsbonden van ziekenfondsen, wat de maatschappijen van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, §1, tweede lid, van dezelfde wet betreft, op 30 juni van het jaar voorafgaand aan de hernieuwing van de samenstelling van de Algemene Vergadering van de regionale maatschappij ingevolge de mutualistische verkiezingen.
Er wordt – voor de precieze verhouding - verwezen naar de bepalingen die dienaangaande zijn opgenomen in de statuten van de drie regionale maatschappijen van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds is aangesloten namelijk de RMOB's "Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen" (580/02), "Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het gebied Brussel-Hoofdstad" (580/03) en "Société Mutualiste Régionale des Mutualités Libres pour la Région Wallonne" (580/04).

Voor de hernieuwing van de samenstelling van de Algemene Vergadering van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand ingevolge de mutualistische verkiezingen 2022, dient het aantal gerechtigden en hun personen ten laste die erbij zijn aangesloten, die ook lid zijn in de zin van artikel 1, 8° van voornoemd KB van 30 juli 2022, op 30 juni 2021 in acht genomen te worden.
Het ziekenfonds dat ervoor kiest om vertegenwoordigd te zijn in de Algemene Vergadering van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand heeft ten minste 1 afgevaardigde.

Indien de Algemene Vergadering van het ziekenfonds overgaat tot verkiezing van plaatsvervangende leden mogen zij deelnemen aan de Algemene Vergadering van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand ter vervanging van effectieve afgevaardigden van het ziekenfonds.

De afgevaardigden worden verkozen door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds op voorstel van de Raad van Bestuur.

Artikel 43.

Voorwaarden qua verkiesbaarheid als vertegenwoordiger van de Algemene Vergadering van de RMOB 580/02:
Om verkozen te kunnen worden als vertegenwoordiger van de Algemene Vergadering van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand, moet de persoon :
1° zetelen in de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.
2° lid zijn van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand, meer bepaald gerechtigde of persoon ten laste van een gerechtigde zijn van het ziekenfonds en zijn verblijfplaats hebben in het Nederlandse taalgebied of het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad in de zin van artikel 4 van de Grondwet en ervoor gekozen hebben om zich aan te sluiten bij de zorgkas waarbij het ziekenfonds is aangesloten, in naleving van de leeftijdsvoorwaarden en de voorwaarden rond de betaling van de premie
3° geen lid zijn van het personeel van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand of nooit ontslagen zijn geweest als personeelslid van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand wegens ernstige tekortkoming.

<u>Verkiezingsprocedure</u>

De afgevaardigden van het ziekenfonds die dit ziekenfonds zullen vertegenwoordigen in de Algemene Vergadering van de regionale maatschappij van onderlinge bijstand, worden voorgedragen door de Raad van Bestuur van het ziekenfonds en worden gekozen door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

De afgevaardigden die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand moeten zich per aangetekende brief of per e-mail gericht aan de Voorzitter van het ziekenfonds kandidaat stellen, vijftien dagen vóór de datum van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds dat de stemming zal uitvoeren.

De vertegenwoordigers worden verkozen door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds op basis van de lijst, opgesteld door de Raad van Bestuur.
Plaatsvervangende vertegenwoordigers kunnen onder dezelfde voorwaarden verkozen worden.

De voorzitter van het ziekenfonds die vaststelt dat een kandidaat niet aan de voorziene voorwaarden voldoet, deelt hem per aangetekend schrijven of per e-mail zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mee binnen een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de dag na de datum waarop de kandidatuur verzonden werd.
De kandidaat die de weigering betwist kan de zaak aanhangig maken bij de Controledienst voor de Ziekenfondsen.
De klachten moeten bij aangetekend schrijven gericht worden tot de Controledienst binnen 10 werkdagen volgend op de datum van de betwiste beslissing.
De Controledienst beschikt over dertig kalenderdagen om kennisgeving te doen van zijn beslissing aan de betrokken partijen.
Bij gebrek aan kandidaturen of voldoende kandidaturen van personen die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, kan het ziekenfonds volledig of gedeeltelijk vertegenwoordigd worden door een of meerdere personen die worden voorgedragen door de Raad van Bestuur van het ziekenfonds. Het volstaat dat deze personen zetelen in de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

Indien het aantal kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen binnen het ziekenfonds gelijk is aan of kleiner is dan het aantal effectieve mandaten, worden die kandidaten automatisch verkozen.
Indien het aantal kandidaten groter is dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, wordt er overgegaan tot een stemming.

<u>Stemprocedure</u>

De stemming is geheim.
De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatse of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de Controledienst vastgestelde voorwaarden.
De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat, is de volgorde van de lijst beslissend.
De lijst is opgesteld in alfabetische volgorde, de Voorzitter van het ziekenfonds kiest door middel van een trekking de letter die de alfabetische volgorde doet starten.

De kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen en die niet als effectieve afgevaardigden worden verkozen, worden als plaatsvervanger verkozen.

De lijst van plaatsvervangers wordt opgesteld in functie van het aantal stemmen dat deze personen hebben behaald bij de mutualistische verkiezingen of, in geval van gelijkheid van stemmen, zoals bepaald in het vorige lid. De plaatsvervangers worden effectieve afgevaardigden bij vervanging van de ontslagnemende, uitgesloten of overleden afgevaardigden.

Indien het aantal mandaten van het ziekenfonds niet of niet meer bereikt wordt en er geen plaatsvervangers zijn of geen plaatsvervangers meer zijn, wordt de Algemene Vergadering toch geacht rechtsgeldig te zijn samengesteld tot de volgende mutualistische verkiezingen.

In dergelijk geval kan het ziekenfonds evenwel nieuwe afgevaardigden voordragen op de manier voorzien in huidig artikel.

Er wordt eveneens verwezen naar de bepalingen die met betrekking tot bovenstaande voorwaarden en procedures zijn opgenomen in de statuten van de drie regionale maatschappijen van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds is aangesloten namelijk de RMOB's 580/02, 580/03 en 580/04.

Afdeling 4 - Raad van Bestuur van het ziekenfonds

Artikel 44. Samenstelling van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit minimum 7 leden en maximum 16, waarvan de directeur één bestuurdersmandaat bekleedt, op voorwaarde dat hij verkozen is als bestuurder door de Algemene Vergadering.

Het aantal bestuurders mag de helft van het aantal leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds niet overtreffen.

De eventuele bestuurder(s) bedoeld in artikel 45 (onafhankelijk bestuurder) worden hierbij niet meegerekend.

Niet meer dan 75% van de bestuurders mogen van hetzelfde geslacht zijn.

De Raad van Bestuur mag voor niet meer dan één derde bestaan uit personen die, in welke vorm dan ook, door het ziekenfonds of de landsbond bezoldigd worden.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men meerderjarig zijn, en van goed zedelijk gedrag zijn.

Een bestuurder die de leeftijd van 72 jaar bereikt moet evenwel ontslag nemen en het bestuurdersmandaat neerleggen op de eerstvolgende statutaire Algemene Vergadering die de jaarrekeningen goedkeurt. Op basis van kwalificaties en ervaring en om de continuïteit te garanderen kan het Bestuursorgaan op advies van het Benoemings- en Remuneratiecomité een hernieuwing van het mandaat voorstellen aan de Algemene Vergadering bij het bereiken van deze leeftijdsgrens, zonder dat evenwel de lopende zesjarige mandaatstermijn overschreden wordt.

Gemaakte onkosten verbonden aan het bijwonen van de vergaderingen van de Raad van Bestuur worden vergoed en er kunnen zitpenningen voorzien worden.

De Raad van Bestuur wordt door de Algemene Vergadering verkozen. Er zijn geen raadgevers binnen de Raad van Bestuur.

De personen die in het ziekenfonds hetzij belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen, kunnen de vergaderingen van de Raad van Bestuur met raadgevende stem bijwonen.

De landsbond waarbij een ziekenfonds is aangesloten kan een persoon aanduiden om hem te

vertegenwoordigen in de Raad van Bestuur van dat ziekenfonds met raadgevende stem.

Artikel 45. Onafhankelijk bestuurder

De Raad van Bestuur van een ziekenfonds kan één of meerdere onafhankelijke bestuurders tellen. Onder "onafhankelijk bestuurder" moet worden verstaan een bestuurder die bevoegd is in het domein van de gezondheid en/of op financieel en/of actuarieel vlak en die aan de volgende voorwaarden voldoet:

1. geen personeelslid zijn van het ziekenfonds, van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, § 1, van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds is aangesloten of van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 70, § 1, eerste lid, b), van deze wet die aangesloten is bij het ziekenfonds, of van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bedoeld in artikel 43, § 5, of in artikel 70, § 6, van deze wet, waarbij het ziekenfonds is aangesloten of waar het een afdeling van uitmaakt;

2. geen mandaat uitoefenen als lid van de algemene vergadering van het ziekenfonds, van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten, van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, § 1, van de voornoemde wet van 6 augustus 1990 waarbij het ziekenfonds is aangesloten of van een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 70, § 1, eerste lid, b), van deze wet die aangesloten is bij het ziekenfonds, of van een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bedoeld in artikel 43, § 5, of in artikel 70, § 6, van deze wet, waarbij het ziekenfonds is aangesloten of waar het een afdeling van uitmaakt;

3. geen mandaat uitoefenen als bestuurder van de landsbond waarbij het ziekenfonds aangesloten is, van een medisch-sociale instelling bedoeld in artikel 20, § 3, van de wet van 6 augustus 1990 of van een rechtspersoon of natuurlijke persoon waarmee een entiteit bedoeld onder 1° samenwerkt in toepassing van artikel 43 van deze wet;

4. geen mandaat uitoefenen als onafhankelijk bestuurder van de landsbond waarbij het ziekenfonds aangesloten is en geen mandaat uitoefenen van onafhankelijk bestuurder in de zin van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op verzekerings- of herverzekerings-ondernemingen uitoefenen in een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43bis, § 5, of in artikel 70, § 6, van de wet van 6 augustus 1990 waarbij een aangesloten ziekenfonds is aangesloten of waar een aangesloten ziekenfonds een afdeling van uitmaakt;

5. niet in een hieronder vermelde situatie van belangenconflict zijn:

a) belangrijk voordeel van vermogensrechtelijke aard ontvangen hebben van een entiteit, een rechtspersoon of een natuurlijke persoon bedoeld onder 1° tot en met 3°;

b) een betekenisvolle zakelijke relatie hebben of hebben gehad met een entiteit, een rechtspersoon of een natuurlijke persoon bedoeld onder 1° tot en met 3°;

c) echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of bloed- of aanverwant tot de tweede graad zijn van een persoon die zich in een toestand bedoeld onder a) of b) bevindt.

6. geen mandaat uitoefenen als bestuurder van de RMOB's waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Om onafhankelijk bestuurder te blijven in een ziekenfonds moet men aan de voorwaarden blijven voldoen.

Het mandaat van een onafhankelijk bestuurder kan hernieuwd worden naar aanleiding van de volgende mutualistische verkiezingen.

Artikel 46. Verkiezing van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur wordt verkozen door de leden van de Algemene Vergadering voor een termijn van maximaal zes jaar. Het mandaat van bestuurder is hernieuwbaar.

Kandidaturen worden hetzij spontaan hetzij ingevolge een eventuele oproep tot de kandidaten door het ziekenfonds zelf, bij aangetekend en gemotiveerd schrijven, gericht aan de voorzitter van de Raad van Bestuur uiterlijk 12 kalenderdagen voor de Algemene Vergadering.

Onverminderd het recht van de leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds om zich kandidaat te stellen voor bestuurder, kan de Raad van Bestuur van het ziekenfonds aan de Algemene Vergadering eveneens kandidaten voorstellen.

Alle geldige kandidaten worden op de verkiezingslijst opgenomen. De voorzitter stelt de verkiezingslijst van de geldige kandidaturen op.

De Algemene Vergadering stemt over de lijst bij geheime stemming.

Als het aantal kandidaten kleiner of gelijk is dan het aantal te begeven mandaten, dan zijn de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen automatisch verkozen.

Als het aantal kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen groter is dan het aantal te begeven mandaten, vindt er een geheime stemming plaats.
De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatse of op afstand voor zover tegemoetgekomen wordt aan de door de CDZ vastgestelde voorwaarden.
Elk lid van de Algemene Vergadering kan stemmen voor evenveel kandidaten als er te verkiezen bestuurders zijn.

De bestuurders worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen en rekening houdend met artikel 20, §§ 1, 2 en 3, van de wet van 6 augustus 1990 en met artikel 42 van huidige statuten. Als het aantal behaalde stemmen van twee of meerdere kandidaten gelijk is, wordt (worden) het mandaat (de mandaten) toegekend aan de jongste(n).

De Raad van Bestuur kiest in zijn midden een voorzitter die ook de Algemene Vergadering leidt. De Raad van Bestuur kan tevens een ondervoorzitter kiezen. De ondervoorzitter staat de voorzitter bij en vervangt deze laatste wanneer hij afwezig of verhinderd is.

Artikel 47. Verlies van hoedanigheid van bestuurder

De Algemene Vergadering kan tot de afzetting van een bestuurder beslissen. Hiervoor moeten twee derden van de leden aanwezig zijn en moet de beslissing een meerderheid van tweederde van de stemmen hebben behaald.

De bestuurders die drie keer afwezig zijn binnen een mandaatsperiode zonder gemotiveerde reden, worden, nadat ze gehoord worden, uitgesloten door de Algemene Vergadering met een quorum van twee derden van de aanwezigen.

Artikel 48. De coöptatie van bestuurders

Wanneer de plaats van een bestuurder openvalt vóór het einde van zijn mandaat (door ontslag, uitsluiting, overlijden, het bereiken van de leeftijdsgrens), kan de Raad van Bestuur een nieuwe bestuurder coöpteren, die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet en rekening houdend met artikel 20, §§ 1, 2 en 3, van de wet van 6 augustus 1990 en deze statuten.

In dit geval, moet de eerstvolgende algemene vergadering overgaan tot de verkiezing van de bestuurder die het mandaat van de vorige bestuurder zal volbrengen.

Indien een andere bestuurder dan de gecoöpteerde bestuurder verkozen wordt, eindigt het mandaat van de gecoöpteerde bestuurder na afloop van de algemene vergadering.

Artikel 49. Bevoegdheden van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur is belast met het bestuur van het ziekenfonds en oefent alle bevoegdheden uit die niet uitdrukkelijk bij de wet of de statuten van het ziekenfonds toegekend zijn aan de Algemene Vergadering.

De Raad van Bestuur kan enkel beslissingen nemen over de punten die voorkomen op de agenda.

Elk lid van de Raad kan bij ordermotie tussenkomen in de loop van de vergaderingen. De voorlopige beslissingen die dan genomen werden, zullen worden hernomen op de agenda van de volgende Raad van Bestuur en deze zullen pas dan definitief worden na bekrachtiging ervan door de Raad van Bestuur.

De Raad van Bestuur legt elk jaar de jaarrekeningen van het afgelopen boekjaar en het begrotingsontwerp voor het volgende boekjaar ter goedkeuring aan de Algemene Vergadering voor.

De Raad van Bestuur spreekt zich elk jaar uit over het evaluatieverslag van het systeem voor het beheer van de klachten met betrekking tot het voorgaande jaar en over de opvolging van de voorafgaande aanbevelingen.

Delegatie van bevoegdheden

De Raad van Bestuur kan een deel van zijn bestuursbevoegdheden – waaronder het dagelijks bestuur van het ziekenfonds - delegeren aan de voorzitter, aan één of meerdere bestuurders of aan één of meerdere comités, waarvan de meerderheid van de leden, aangeduid door de Raad van Bestuur, bestuurders zijn, die hierover jaarlijks verslag uitbrengen aan de Raad van Bestuur.

Delegatie is niet toegestaan voor:

- het algemeen beleid van het ziekenfonds
- de totaliteit van de bevoegdheden van de Raad van Bestuur
- de vastlegging van de bijdragen
- het evaluatieverslag voor het systeem voor het beheer van de klachten
- Het jaarverslag over de samenwerking met derden zoals bedoeld in artikel 43§1 van de wet van 6 augustus 1990

Artikel 50. Vergaderingen van de Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur vergadert minstens 4 maal per kalenderjaar.

De beslissingen van de Raad van Bestuur worden genomen indien minstens de helft van de leden aanwezig zijn en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter doorslaggevend.

De leden van de Raad van Bestuur nemen niet deel aan de beraadslagingen over aangelegenheden waarbij zij of hun gezinsleden tot en met de vierde graad rechtstreeks betrokken zijn. Wanneer de Raad van Bestuur (of een comité) wordt opgeroepen om een beslissing te nemen die onder zijn bevoegdheid valt en ten aanzien waarvan een bestuurder een rechtstreeks of onrechtstreeks belang van

patrimoniale aard heeft dat tegengesteld is aan het belang van het ziekenfonds, moet deze bestuurder de andere bestuurders op de hoogte brengen alvorens de Raad van Bestuur of het comité een beslissing neemt. Zijn verklaring en toelichtingen over de aard van dit tegengestelde belang moeten worden opgenomen in de notulen van de vergadering van de Raad van Bestuur of het comité dat deze beslissing moet nemen.

De bestuurder met een belangenconflict conform het vorige lid mag niet deelnemen aan de beraadslagingen van de Raad van Bestuur of het comité over deze beslissingen, noch deelnemen aan de stemming over dit punt. Indien de meerderheid van de aanwezige of vertegenwoordigde bestuurders een belangenconflict heeft, wordt de beslissing voorgelegd aan de Algemene Vergadering. In geval van goedkeuring van de beslissing door deze laatste, kan de Raad van Bestuur of het comité deze uitvoeren.

Vergaderwijze van de Raad van Bestuur:

§ 1 De Raad van Bestuur vindt in principe plaats in aanwezigheid van de bestuurders.
Teneinde een zo groot mogelijk aantal bestuurders in staat te stellen deel te nemen aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur, kan de voorzitter in de volgende mogelijkheid voorzien:

- om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,
- om op afstand te stemmen vóór de vergadering.

De Voorzitter waakt erover:
- dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;
- dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.

§ 2. In afwijking van § 1 kan de voorzitter een vergadering uitsluitend per videoconference en/of via schriftelijke raadpleging organiseren wanneer uitzonderlijke omstandigheden of de urgentie het vereisen.

Met de termen: ‘uitzonderlijke omstandigheden’ wordt bedoeld: ‘elke omstandigheid die een vergadering met fysieke aanwezigheid onmogelijk maakt of verbiedt’

Met ‘urgentie’ wordt bedoeld: ‘elke situatie waarin snel moet worden opgetreden om schade te voorkomen of om de termijn voor beslissingname na te leven’

§ 3. De convocatietermijnen, het aanwezigheidsquorum en de vereiste meerderheid zoals voorzien in de wet van 6 augustus 1990 of deze statuten opdat de beraadslagingen van de Raad van Bestuur geldig zouden zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in § 1 en 2.

Voor het te bereiken quorum, worden de bestuurders die aan de Raad van Bestuur deelnemen per videoconference of die hun stem schriftelijk hebben meegedeeld of die vóór de vergadering op afstand hebben gestemd, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In dat geval hebben de bestuurders natuurlijk geen recht op een vergoeding van hun reiskosten of maaltijden.
De statutaire bepalingen betreffende de mogelijkheid om een volmacht te geven, zijn eveneens van toepassing wanneer de vergadering per videoconference wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de bestuurders die per videoconference aan de vergadering deelnemen overeenkomstig § 1.
Wanneer de vergadering gehouden wordt via schriftelijke raadpleging, mogen geen volmachten gegeven worden.

§ 4. De uitnodiging voor de vergadering van de Raad van Bestuur vermeldt de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.

Ze omschrijft zo nodig ook duidelijk en nauwkeurig de procedures om vanop afstand of per schriftelijke raadpleging deel te nemen, de mogelijkheid om te stemmen vóór de vergadering en of het mogelijk is een volmacht te geven aan een andere bestuurder.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconference wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de bestuurders in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de Raad van Bestuur en hun stemrecht uit te oefenen over alle punten waarover de Raad van Bestuur zich moet uitspreken. Het elektronische communicatiemiddel moet de bestuurders ook in staat stellen om aan de beraadslagingen deel te nemen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer gekozen wordt voor een schriftelijke raadpleging:

- bevat de uitnodiging de agenda van de vergadering, de redenen voor de schriftelijke raadpleging, de informatie die nodig is om vragen te kunnen uitwisselen en een stembiljet met de vermeldingen ‘ja’, ‘neen’ of ‘onthouding’
- vermeldt de uitnodiging de termijn waarin de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of elektronisch adres waarnaar de stembiljetten gestuurd moeten worden
- de uitnodiging vermeldt ook binnen welke termijn vragen schriftelijk mogen worden gesteld; de voorzitter ziet erop toe dat de antwoorden op de vragen beschikbaar zijn voor alle bestuurders zodat ze daar rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun uitgebrachte stem kunnen aanpassen in functie van deze vragen en antwoorden.

Als een beroep wordt gedaan op een schriftelijke raadpleging via de post, dan wordt rekening gehouden met de poststempel om te bepalen of de stem op tijd werd uitgebracht. Om te kunnen worden meegeteld, moet de stem echter uiterlijk 3 werkdagen na het verstrijken van de voornoemde periode zijn ontvangen.

Bij de schriftelijke raadpleging kunnen de bestuurders tot vier werkdagen vóór de vergadering hun

opmerkingen over en/of hun instemming met/afwijzing van de verschillende punten kenbaar maken. Een ontwerp van de notulen met de opmerkingen/goedkeuringen van de leden zal ter validering aan de leden worden bezorgd.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die gesteld werden en de opmerkingen die geformuleerd werden, alsook de antwoorden daarop, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die genomen werden, samen met:

1. het aantal aanwezige bestuurders
2. indien van toepassing, het aantal bestuurders dat een volmacht gegeven heeft
3. het aantal bestuurders dat niet aanwezig en niet vertegenwoordigd was
4. de vergaderwijze en indien nodig, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de urgentie die geleid hebben/heeft tot deze keuze.
5. de eventuele technische problemen en incidenten die de elektronische deelname of stemming hebben verhinderd of verstoord
6. het aantal bestuurders dat via videoconference heeft deelgenomen en het aantal bestuurders dat fysiek aanwezig was
7. indien van toepassing, het aantal bestuurders dat vanop afstand gestemd heeft vóór de vergadering

De notulen of de aanwezigheidslijst bevatten/bevat bovendien:

1. de identiteit van de aanwezige bestuurders
2. de identiteit van de bestuurders die een volmacht gegeven hebben en aan wie
3. de identiteit van de bestuurders die niet aanwezig en niet vertegenwoordigd waren
4. indien van toepassing, de identiteit van de bestuurders in functie van de manier waarop deelgenomen werd aan de vergadering (fysiek aanwezig, videoconference of schriftelijke raadpleging)

Deze mogelijkheid geldt ook voor de verschillende comités van de Raad van Bestuur.

Artikel 51. <u>Aanstelling en bevoegdheden van de directeur(s)</u>

De Raad van Bestuur moet uit zijn midden een persoon of meerdere personen aanduiden die belast wordt (worden) met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur van het ziekenfonds.

Deze aanstelling vereist de erkenning van die persoon of personen door de Raad van Bestuur van de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten en dit onder de voorwaarden bepaald door de Raad van Bestuur van de landsbond.

Deze erkenning wordt voor onbepaalde duur toegekend.
Het dagelijks bestuur omvat zowel de handelingen en de beslissingen die niet verder reiken dan de behoeften van het dagelijks leven van het ziekenfonds, als de handelingen en de beslissingen die, ofwel om reden van het minder belang dat ze vertonen, ofwel omwille van hun spoedeisend karakter, de tussenkomst van een orgaan belast met bestuursbevoegdheid niet rechtvaardigen.

De directeur werd door de Raad van Bestuur belast met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijkse bestuur van het ziekenfonds conform artikel 20§3 van de wet van 6/8/1990 en zorgt ervoor dat de beslissingen van de instanties correct uitgevoerd worden.

De directeur werd door de Raad van Bestuur belast met het toezicht op het correct verlopen van al de financiële verrichtingen en het bijhouden van de door de reglementering opgelegde boeken, de ontvangsten- en uitgavenstaten, de statistische gegevens. De directeur wordt door de Raad van Bestuur belast met het beheren van de gelden, conform de wettelijke en reglementaire bepalingen en de instructies van de Raad van Bestuur.

De directeur legt jaarlijks verslag uit over de uitvoering van alle aspecten van zijn functie volgens de procedure en de modaliteiten opgesteld door de Raad van Bestuur van de landsbond.

Artikel 52. Bevoegdheden van de voorzitter

De voorzitter werd door de Raad van Bestuur belast met de leiding van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur; hij waakt over de uitvoering van de door deze organen genomen beslissingen over de uitvoering van de statuten en van de bijzondere reglementen; hij vertegenwoordigt het ziekenfonds in al zijn betrekkingen met de Openbare Besturen.
De voorzitter nodigt de Raad van Bestuur uit.

De voorzitter van de Raad van Bestuur roept de Algemene Vergadering fysiek, via videoconferentie (of een andere vorm van telecommunicatie) of schriftelijke besluitvorming (cfr. artikel 36) bijeen, al dan niet in buitengewone zitting. Zowel de oproeping als de wijze van vergaderen gebeurt mits machtiging van de Raad van Bestuur. Alle leden zijn gebonden door de wijze van vergaderen zoals opgenomen in de oproeping.

Het ziekenfonds treedt – mits delegatie hiertoe door de Raad van Bestuur - op in rechte en is in rechte vertegenwoordigd, zowel in de hoedanigheid van eiser als van verweerder, hetzij door de voorzitter, hetzij door elke door de Raad van Bestuur aangeduide persoon.

De Raad van Bestuur heeft bijzondere gevolmachtigden aangeduid die het ziekenfonds kunnen vertegenwoordigen, de briefwisseling tekenen, en de betalingen uitvoeren.

Deze bijzondere gevolmachtigden hoeven geen bestuurders te zijn. Zij mogen zich niet in een toestand van belangenconflict bevinden.
De vertegenwoordiging wordt gepubliceerd in de bijlagen van het Belgisch Staatsblad.

De voorzitter werd door de Raad van Bestuur verantwoordelijk gesteld voor de administratie

(briefwisseling, processen-verbaal) van de statutaire organen.

Afdeling 5 – Comités van de Raad van Bestuur

Algemene bepalingen voor alle comités:

Artikel 53. Rol, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Binnen de schoot van de Raad van Bestuur kunnen comités worden opgericht.

De comités van de Raad van Bestuur werden door de Raad van Bestuur ermee belast een adviserende of uitvoerende functie uit te oefenen volgens de beslissing van de Raad van Bestuur. Zij werden door de Raad van Bestuur ermee belast hen bij te staan op specifieke domeinen die zij voldoende in detail behandelen.

De Voorzitter van de Raad van Bestuur stelt aan de Raad van Bestuur de oprichting van comités voor. De rol en verantwoordelijkheden van ieder comités alsook het voorzitterschap worden bepaald door de Raad van Bestuur.

Ieder comité heeft de bevoegdheid en de plicht om adequate, noodzakelijke en proportionele middelen te gebruiken om zijn functies te vervullen.

Artikel 54. Samenstelling

Een comité bestaat uitsluitend uit bestuurders.

De aanwijzing van de leden van de comités is gebaseerd op hun specifieke bekwaamheden en ervaring en op de vereiste competenties die nodig zijn om zijn taken uit te voeren.

De Voorzitter van de Raad van Bestuur kan met raadgevende stem deelnemen aan de vergaderingen van de comités waarvan hij geen deel uitmaakt.

De comités kunnen bovendien iedere persoon uitnodigen waarvan het advies hen opportuun schijnt. Ze kunnen een beroep doen op externe experts, nadat ze de Voorzitter van de Raad van Bestuur hierover naar behoren hebben geïnformeerd.

De duur van de mandaten binnen de comités valt samen met de duur van de mandaten binnen de Raad van Bestuur. Elk mandaat dat vacant wordt binnen een comité kan worden ingevuld door het

benoemen van een nieuw lid. Het nieuwe lid zal het mandaat voleindigen van degene die hij vervangt.

Artikel 55. Vergaderingen

De regels die van toepassing zijn op de vergaderingen van de Raad van Bestuur zijn ook op algemene wijze van toepassing op de vergaderingen van de comités, met dien verstande dat:

- een vergadering pas rechtsgeldig kan beslissen, als ten minste de helft van de leden aanwezig is.
- de besluiten van de comités worden genomen bij unanimiteit van de aanwezige leden;
- van elke vergadering van een comité notulen worden opgesteld.

Specifieke bepalingen per comité:

Artikel 56. Benoemings-en Remuneratiecomité

Dit comité werd door de Raad van Bestuur ermee belast om de benoemings -en bezoldigingspolitiek binnen het ziekenfonds vast te leggen.

Het werd tevens door de Raad van Bestuur ermee belast de procedure vast te leggen om bestuurders en de directieleden aan te duiden en te evalueren.
Overeenkomstig artikel 19, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990 worden de leden van de Raad van Bestuur verkozen door de algemene vergadering.

Overeenkomstig artikel 25, § 1, eerste lid, van de wet van 6 augustus 1990, vereist de aanstelling door de Raad van Bestuur van de persoon of de personen belast met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur van het ziekenfonds, de erkenning van die persoon of personen door de Raad van Bestuur van de landsbond en overeenkomstig artikel 25, § 4, eerste lid, van voormelde wet kan de Raad van Bestuur van de landsbond de erkenning van deze persoon intrekken.

Indien de statuten van de landsbond dit voorzien, kan een soortgelijke erkenning gevraagd worden voor personen die een leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen in het ziekenfonds.

Artikel 57. Beleggingscomité

Het beleggingscomité werd door de Raad van Bestuur ermee belast de beleggingspolitiek vast te leggen. De globale strategie inzake roerende beleggingen van het ziekenfonds worden door het beleggingscomité bepaald en gecontroleerd.

Artikel 57 bis. Auditcomité

In de Raad van Bestuur wordt een Auditcomité opgericht.

Voor de bestuurders die in het Auditcomité zetelen geldt dat ze geen functie of operationele opdracht mogen uitoefenen in het ziekenfonds.
De interne audit van het ziekenfonds en de revisor kunnen deelnemen aan de vergaderingen van dit Comité.

Het Auditcomité werd belast met een coördinerende rol voor de opdrachten die de interne audit afdeling van de Landsbond uitvoert in opdracht van het auditcomité van de Landsbond bij het ziekenfonds, bij de ondernemingen aangesloten bij de Landsbond waarvoor het ziekenfonds een bemiddelende rol vervult en haar verbonden verenigingen in de zin van de artikel 31 van de wet van 6 augustus 1990 en haar uitvoeringsbesluiten. De eindverantwoordelijkheid hiervoor ligt bij het auditcomité van de Landsbond.

Hoofdstuk IV. – Door het ziekenfonds georganiseerde diensten

Artikel 58. Algemene bepalingen

Het ziekenfonds organiseert voor zijn leden en de personen te hunnen laste de in artikel 2B van deze statuten beoogde diensten, overeenkomstig de hierna vastgestelde bepalingen.

Afdeling 1 – Verplichte verzekering

Artikel 59. Verplichte verzekering

Het ziekenfonds organiseert de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen overeenkomstig artikel 2A. van deze statuten.

Afdeling 2 – Gemeenschappelijke bepalingen voor alle andere diensten

Artikel 60. Toekenningsvoorwaarden van de tegemoetkomingen

Alleen de leden die in orde zijn met hun bijdragebetaling, kunnen aanspraak maken op de tegemoetkomingen van de verschillende diensten van het ziekenfonds waarvan sprake in deze statuten.

De tegemoetkomingen kunnen slechts worden toegekend aan de leden indien zij bij het ziekenfonds aangesloten zijn op het ogenblik van het voorval dat aanleiding kan geven tot de tegemoetkoming.

Een aanvraag voor een tegemoetkoming conform deze statuten kan enkel worden ingediend door de gerechtigde of de meerderjarige personen ten laste.

De tegemoetkomingen worden betaald op basis van het origineel document zoals vereist volgens deze statuten of op basis van een “als dusdanig geldend document”. Dit zijn kopies (op papier of digitaal via ingescande beelden) van deze originele documenten.

De bijdragen zijn op voorhand te betalen, dit wil zeggen voor de periode waarop ze betrekking hebben, overeenkomstig de in artikel 8 vermelde bepalingen. Wanneer het lid gekozen heeft voor het systeem van bankdomiciliëring, worden de bijdragen geacht vooraf betaald te zijn ongeacht de datum waarop het ziekenfonds de bankinstelling de betalingsopdracht doorgaf.

Om aanleiding te geven tot tussenkomst in de mate dat er beschikbare middelen zijn, van de in afdeling 3 opgesomde tegemoetkomingen, dient het lid in orde te zijn met zijn bijdragebetaling conform de in artikel 8 van huidige statuten opgenomen bepalingen.

De gerechtigde die in orde is met bijdragen voor 24 opeenvolgende maanden, wordt geacht in orde te zijn voor de volgende 3 maanden. Dit principe laat toe om in afwachting van het ontvangen van de bijdrage, de tegemoetkoming uit te voeren voor de gerechtigde die voordien – 24 maanden – in regel is met de bijdragen.

Bij een eerste aansluiting (gedurende de 24 maanden die volgen op een eerste aansluiting) zal de tegemoetkoming pas toegekend kunnen worden als de bijdrage betaald is voor de maand van aansluiting en voor elke maand die volgt.

Dit principe kan alleen toegepast worden als de klant zich nog niet in een situatie van schorsing van recht bevindt.

Artikel 61. <u>Weigering en limieten van de tegemoetkomingen</u>

A. De in de afdeling 3 beoogde tegemoetkomingen worden geweigerd indien daadwerkelijk schadeloosstelling verleend werd voor de schade voortkomend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden, krachtens een wettelijke of reglementaire bepaling.

   Zijn de tussenkomsten die overeenkomstig de vorige alinea toegekend worden evenwel kleiner dan de in deze statuten bepaalde tegemoetkomingen, dan wordt door het ziekenfonds tussengekomen ten bedrage van het verschil. De tussenkomsten toegekend aan personen met een sociaal statuut zoals bedoeld in de federale verplichte verzekering mogen evenwel in geen geval lager zijn dan deze die toegekend worden aan de andere personen.

   De voordelen die door deze statuten toegekend worden, mogen, gecumuleerd met alle andere wetten of reglementaire tegemoetkomingen, in geen geval de werkelijk door de rechthebbende van het ziekenfonds opgelopen kosten overschrijden.

B. De in deze statuten vastgestelde tegemoetkomingen worden niet toegekend wanneer de rechthebbende niet effectief op het Belgische grondgebied zijn hoofdverblijfplaats heeft op het ogenblik waarop hij een beroep doet op de tegemoetkomingen of wanneer deze tegemoetkomingen buiten het nationale grondgebied verleend worden, behalve de uitzonderlijke gevallen waarin door de statuten van het ziekenfonds, door de statuten van de landsbond of door de wettelijke bepalingen ter zake voorzien wordt.
C. Per aangekocht product kan slechts één rechthebbende een tegemoetkoming ontvangen in het kader van huidige statuten.

D. De voordelen van de diensten worden aangeboden volgens de beschikbare middelen

Artikel 62. Verjaring

A. De vordering tot betaling van de in de afdeling 3 van deze statuten beoogde tegemoetkomingen verjaart na twee jaar, nadat zich de gebeurtenis heeft voorgedaan die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot uitkering van een voordeel.

De vordering tot betaling van de in de afdeling 3 van deze statuten beoogde sommen welke de betaling van de verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die betaling is gedaan.

B. De vordering tot terugbetaling van de waarde van de in het kader van de aanvullende diensten ten onrechte verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

Deze verjaring geldt niet ingeval het ten onrechte verlenen van financiële tegemoetkomingen en uitkeringen het gevolg is van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn vijf jaar welke ingaat na het einde van de maand waarin de uitbetaling is geschied.

C. De vordering tot betaling van de bijdragen voor de in afdeling 3 van deze statuten beoogde diensten verjaart vijf jaar na het einde van de maand waarop de niet betaalde bijdragen betrekking hebben.

D. De vordering tot terugbetaling van de ten onrechte betaalde bijdragen voor de in afdeling 3 van deze statuten beoogde diensten verjaart vijf jaar vanaf de dag van de betaling van de onverschuldigde bijdragen.

E. Een ter post aangetekend schrijven volstaat om de verjaringen te stuiten. De stuiting kan worden hernieuwd.

F. De verjaring wordt geschorst door overmacht. Overmacht dient door degene die het inroept, schriftelijk worden bewezen met de nodige stavingsstukken. Elk geval van overmacht wordt afzonderlijk beoordeeld.

G. Het is het ziekenfonds niet toegestaan van het genot van de verjaring af te zien.

Afdeling 3 – Aanvullende diensten

Artikel 63. Rechthebbenden

De aanvullende diensten zijn zonder leeftijdsgrens toegankelijk tenzij uitdrukkelijk bepaald in huidige statuten.

De aansluiting bij de aanvullende diensten is verplicht overeenkomstig artikel 5 van deze statuten. Onder 'personen ten laste' verstaat men de personen beoogd in artikel 9 van deze statuten.

Artikel 64. Bijdrageplicht

A. De gerechtigde aanvullende diensten heeft als gerechtigde bijdrageplicht voor zijn mutualistisch gezin.

   Onder mutualistisch gezin dient te worden verstaan de gerechtigde op geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 2, k) van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 alsook de personen te zijnen laste.

B. De gerechtigde aanvullende diensten heeft ondeelbare maandelijkse bijdrageplicht voor zijn mutualistisch gezin als de hoedanigheid van gerechtigde aanvullende diensten gedurende 1 dag van de maand is verworven.

C. Tabel met de verschillende bijdragetarieven wordt in bijlage aan huidige statuten gevoegd.

Artikel 65. Betaling van de bijdragen

De gerechtigde aanvullende diensten heeft ondeelbare maandelijkse bijdrageplicht voor zijn mutualistisch gezin als de hoedanigheid van gerechtigde aanvullende diensten gedurende 1 dag van de maand is verworven.

De bijdragen zijn jaarlijks vooraf, na ontvangst van een overschrijvingsformulier, betaalbaar, behalve indien het lid het systeem van bankdomiciliëring gekozen heeft of de vorderingen digitaal ontvangt. In dat geval worden de bijdragen per kwartaal of per maand betaald.

De leden die hun bijdragen binnen de voorziene termijnen niet betaald hebben, zullen een kosteloze herinnering toegestuurd krijgen die, na niet-betaling binnen de termijnen vermeld op de herinnering, een invorderingsprocedure door een incassobureau in gang kan zetten. In dat geval zullen verwijl-intresten worden aangerekend zoals bepaald bij Wet van 2 augustus 2002 betreffende de bestrijding van de betalingsachterstand bij handelstransacties alsook een forfaitaire vergoeding als volgt:

1. 20 euro als het verschuldigde saldo lager dan of gelijk is aan 150 euro;
2. 30 euro vermeerderd met 10 % van het verschuldigde bedrag op de schijf tussen 150,01 en 500 euro als het verschuldigde saldo tussen 150,01 en 500 euro is;
3. 65 euro vermeerderd met 5 % van het verschuldigde bedrag op de schijf boven 500 euro met een maximum van 2000 euro als het verschuldigde saldo hoger dan 500 euro is.

De activering van de invorderings- procedure doet een maximale forfaitaire kost van 50 euro ontstaan.

Conform de bepalingen van artikel 8 van deze statuten worden de leden die in gebreke blijven voor de betaling van hun bijdragen gedurende een periode van 24 maanden (niet noodzakelijk opeenvolgend), opgeheven van hun mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende diensten te genieten.

Dit doet evenwel geen afbreuk aan de mogelijkheid voor een lid dat zijn bijdragen voor een periode van 24 maanden niet betaald heeft om opnieuw te genieten van voordelen van de aanvullende verzekering na een wachttijd van 24 maanden of van een minder lange duur indien het lid zich in een behartenswaardige toestand bevindt en dit, zelfs indien het lid zich niet in regel stelt wat de bijdragen betreft die betrekking hebben op de periode voorafgaand aan het begin van de wachttijd.

Geen enkele persoon kan evenwel de hoedanigheid verwerven van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten opgeheven is, vóór 1 januari 2022.

Artikel 66. Tegemoetkomingen - mutatie

De personen ten laste die gerechtigde worden bij een ander ziekenfonds kunnen van de voordelen van de diensten en de verrichtingen genieten tot de einddatum van de maand (dit is de laatste dag van de aansluiting bij het ziekenfonds) waarin de rechthebbende zijn aanvraag voor een inschrijving als gerechtigde bij een ander ziekenfonds ondertekend heeft.

In de overige gevallen van mutatie moet de dekking aanvullende diensten behouden blijven tot de datum van de inwerkingtreding van de aansluiting bij het nieuwe ziekenfonds.

Artikel 67. Raadgevend arts

Het ziekenfonds kan met betrekking tot de aanvullende diensten een raadgevend arts aanduiden en deze belasten met bepaalde opdrachten in het kader van deze diensten.

De opdracht van die raadgevend arts kan niet toegekend worden aan een geneesheer die ook een opdracht vervult als adviserend arts in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 68. Wachttijd

Door de aanvaarding als rechthebbende aanvullende diensten kan de rechthebbende beroep doen op de bij deze statuten voorziene voordelen en diensten volgens de beschikbare middelen op het betrokken moment, op voorwaarde dat de eventuele wachttijd werd volbracht.
In principe is er geen wachttijd, tenzij anders omschreven bij de diensten.

Artikel 69.

De eventuele tussenkomst voorzien in huidige statuten ingeval de prestaties geleverd zijn door een niet erkende verstrekker of een verstrekker die niet verbonden is via een samenwerking mag de maximale tussenkomst voorzien ingeval de prestaties geleverd zijn door een erkende verstrekker of een verstrekker die verbonden is via een samenwerking niet overschrijden.

Artikel 70. Remgeld kinderen

A. Begunstigden

Deze dienst voorziet in een tegemoetkoming van het wettelijk remgeld op de consultaties en de ambulante zorgen voor de rechthebbenden bij de huisartsen en geneesheer-specialisten. De dienst komt tussen ten voordele van kinderen die de leeftijd van 7 jaar niet bereikt hebben op het moment van de verstrekking.

B. Voorwaarden

- De rechthebbende kinderen moeten een globaal medisch dossier (GMD) geopend hebben op de dag van de prestatie.
- Er wordt slechts tussengekomen in de betaling van die remgelden die niet worden vergoed door de verplichte verzekering inzake geneeskundige verzorging (MAF) of een andere wettelijk verplichte verzekering van welke aard dan ook.
- Volgende kosten zijn uitgesloten van tussenkomst
    - de kosten van de technische prestaties en de niet-medische kosten,
    - de honorarium- en kamersupplementen,
    - de remgelden van consultaties of ambulante zorgen toegediend door een arts of geneesheer-specialist op de spoeddienst van een ziekenhuis,
    - de remgelden voor ambulante zorgen waarvoor er in de verplichte verzekering geen tussenkomst is.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is gelijk aan het remgeld dat ten laste blijft van de rechthebbende na tussenkomst van de verplichte verzekering (het remgeld).

Er geldt een franchise van 30 euro per kalenderjaar. De berekening van de franchise gebeurt op basis van de datum van de verstrekking van de medische verzorging zoals vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp.

Artikel 71. Verzorgingsmateriaal : Pruiken – Aangepaste kledij – aangepast medisch materiaal

A. Begunstigden

Deze dienst kent tegemoetkomingen toe ten gunste van gerechtigde leden en hun personen ten laste voor pruiken, aangepaste kledij en aangepast medische materiaal volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

- Algemeen: er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- Specifiek voor pruiken: voor rechthebbenden die lijden aan kaalhoofdigheid
- Specifiek voor aangepaste kledij en en aangepast medische materiaal: voor rechthebbenden die lijden aan eczeem, kanker of aan de ziekte van Crohn, stomapatiënten, rechthebbenden met brandwonden of rolstoelpatiënten erkend door de Vlaamse Sociale Bescherming.
- Specifiek voor aangepast medisch materiaal: er is enkel een tegemoetkoming voor niet-terugbetaalbare verbanden.

C. Tegemoetkoming

- Pruiken: een tegemoetkoming wordt verleend die overeenstemt met de RIZIV-tarieven.
- Aangepaste kledij en aangepast medische materiaal: de tegemoetkoming bedraagt maximaal 75 euro per kalenderjaar (voor beiden samen).

D. Bewijsstuk

- Pruiken: de tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een medisch getuigschrift met vermelding van de oorsprong van de kaalhoofdigheid en de originele factuur.
- Aangepaste kledij en aangepast medische materiaal: de tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van de factuur en het typeformulier van het ziekenfonds ingevuld door een arts (eenmalig).

Artikel 72. Logopedie

A. Begunstigden

Deze dienst kent tegemoetkomingen toe ten gunste van gerechtigde leden en hun personen ten

laste, voor logopedische behandelingen, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- De behandeling wordt door een door het Riziv erkende logopedist geattesteerd.
- Een sessie kan maximaal 30 minuten in beslag nemen. Een sessie die 60 minuten duurt, wordt aldus gezien als 2 sessies.
- Er geldt een maximum van 2 sessies per dag.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 10 euro per sessie. Het aantal sessies is beperkt tot maximum 150 sessies per 5 kalenderjaren, het bedrag tot maximum 1.500 euro per 5 kalenderjaren.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de logopedist
- een factuur of getuigschrift dat minstens volgende zaken vermeld:
    - Naam en RIZIV nummer van de logopedist
    - Prestatiedatum
    - Betaald bedrag
    - Handtekening/stempel van de logopedist
    - Naam en rijksregisternummer van de rechthebbende

Artikel 73. <u>Voetverzorging</u>

A. Begunstigden

Deze dienst kent tegemoetkomingen toe ten gunste van gerechtigde leden en hun personen ten laste voor voetverzorging volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

- De voetverzorging wordt uitgevoerd door een pedicure of een door het RIZIV erkend podoloog.
- De voetverzorging wordt uitgevoerd op medisch voorschrift (uitgezonderd voor rechthebbenden die de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt. Zij hoeven geen medisch attest voor te leggen).

- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 5 euro per sessie met een maximum van 4 sessies per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een medisch attest (tot de leeftijd van 65 jaar) en van de factuur/het getuigschrift opgemaakt door de pedicure of podoloog met vermelding van zijn/haar identificatie en deze van de rechthebbende, de data waarop de prestatie plaatsvond en de betaalde prijs.

Artikel 74. Podologische zolen

A. Begunstigden

Deze dienst voorziet in een terugbetaling van podologische zolen voor de gerechtigde leden en hun personen ten laste.

B. Voorwaarden

- De tegemoetkoming geldt enkel voor de podologische zolen zelf. Het onderzoek bij de podoloog komt niet in aanmerking.
- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- De zolen worden vervaardigd door een RIZIV erkend podoloog. Zolen die worden vervaardigd door een orthopedist of bandagist komen niet in aanmerking voor terugbetaling (medische pedicure komt niet in aanmerking voor terugbetaling).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 25 euro per podologische zool per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, dat door de podoloog ingevuld en ondertekend is,
- een door de podoloog opgemaakte factuur met vermelding van het betaald bedrag en met de melding dat het om podologische zolen gaat.

Artikel 75. Steunkousen

A. Begunstigden

Deze dienst kent tegemoetkoming toe ten gunste van gerechtigde leden en hun personen ten

laste voor steunkousen volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

De steunkousen dienen door een arts te worden voorgeschreven en moeten bovendien worden aangekocht in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

De kosten voor de aankoop van steunkousen worden terugbetaald met een maximum van 25 euro per kalenderjaar per rechthebbende.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van de factuur en het voorschrift van de arts die de steunkousen heeft voorgeschreven. De tussenkomst kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende thuiszorgwinkel.

Artikel 76. Thuiszorgmateriaal

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor de aankoop van thuiszorgmateriaal.

B. Voorwaarden

Er is enkel een tegemoetkoming als het thuiszorgmateriaal is aangekocht bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 10 % op de aankoopprijs van het thuiszorgmateriaal, uitgezonderd voor volgende producten:

- Bij de aankoop van trapliften bedraagt de tussenkomst 5%
- Bij de aankoop van incontinentie – en antidecubitusmateriaal, materiaal voor rug-en nekklachten bedraagt de tussenkomst 30 % op de aankoopprijs
- De tussenkomst bedraagt 30% voor hulpmiddelen voor het dagelijkse leven, badkamer en toilet, mobiliteit, veiligheid en verzorging.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt betaald mits voorlegging van de door de erkende derde opgemaakte factuur.

De tussenkomst kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende thuiszorgwinkel.

Artikel 77. Veiligheid/Preventiebonus

A. Begunstigde

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor doke aankoop van producten in verband met veiligheid en preventie.

B. Voorwaarden

- de producten worden aangekocht bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage) en
- het betreft producten ter bevordering van de veiligheid of in het kader van preventie

C. Tegemoetkoming

De aankoopprijs van het product wordt terugbetaald, met een maximum van 25 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt betaald mits voorlegging van de door de erkende derde opgemaakte factuur.

De tussenkomst kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende thuiszorgwinkel.

Artikel 78. Orthodontie

A. Begunstigde

Deze dienst heeft tot doel een tussenkomst te verlenen in de kosten van een orthodontische behandeling ten gunste van de gerechtigde leden tot 22 jaar (dezelfde leeftijdsgrens die geldt in het kader van de verplichte verzekering voor orthodontische behandelingen).

B. Voorwaarden

- De rechthebbende moet recht hebben op een terugbetaling vanuit de verplichte verzekering voor vroege of regelmatige orthodontie.
- Om recht te hebben op een tussenkomst moet de rechthebbende zich tot een orthodontist wenden en moet de orthodontische behandeling na 1 januari 2021 opgestart zijn.
- De rechthebbende mag de behandeling niet zelf onderbreken.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 60% op het remgeld, de materialen en de supplementen, met een maximum van 1.050 euro per leven voor de orthodontische behandeling. Er zijn geen tussenkomsten voor kosten waarvan de facturatie in strijd is met de Belgische reglementering.

Indien de begunstigde verzekerd is bij de facultatieve verzekering Dentalia Plus of Dentalia Up van MLOZ Insurance zal de hiervoor vermelde tegemoetkoming berekend worden op het resterend deel dat nog ten laste komt van de rechthebbende na de tussenkomst van de facultatieve verzekering.
Dit zal er evenwel niet toe leiden dat aan de leden met een recht op een verhoogde tegemoetkoming zoals voorzien in de verplichte verzekering, in het geheel minder wordt toegekend dan aan de andere leden.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de orthodontist of een bewijs van betaling.

Artikel 79. Optiek

1) Brillen, lenzen en oogpleister

A. Begunstigden

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van brilglazen en -monturen, oogpleisters en lenzen.

B. Voorwaarden

- Er wordt enkel een tegemoetkoming toegekend ingeval de dioptrie verschillend is van 0.
- Er wordt enkel een tussenkomst toegekend in het kader van deze dienst, als er vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geen enkele tussenkomst wordt verleend d.w.z. voor geen enkel product dat kadert binnen deze dienst.
- De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).
- De extra tussenkomst onder punt C, derde streepje hieronder is enkel van toepassing op aankopen door rechthebbenden van 19 tot 65 jaar van corrigerende brilglazen met een dioptrie van 4,5 tot 6.

C. Tegemoetkoming

- Voor rechthebbenden tot en met 18 jaar, bedraagt de tegemoetkoming maximum 50 euro per kalenderjaar
- Rechthebbenden die de leeftijd van 19 jaar hebben bereikt, ontvangen een tussenkomst van maximum 30 euro per kalenderjaar.
- Extra tussenkomst voor rechthebbende van 19 jaar tot 65 jaar: maximum 30 euro per kalenderjaar waardoor de maximum tussenkomst voor deze categorie 60 euro per kalenderjaar bedraagt.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- een afleveringsattest opgemaakt door een optieker of een gedetailleerd ontvangstbewijs waarop de voorschrijvend arts en het afgeleverde materiaal vermeld is of
- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de optieker.

2) Ooglasertherapie en lensimplantaten

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van ooglasertherapie of lensimplantaten.

B. Voorwaarden

De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bij ooglasertherapie of lensimplantaten bedraagt maximaal 100 euro per oog en is éénmalig (één keer per leven).

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een duidelijke (ziekenhuis)factuur die een weergave biedt op de uitgevoerde prestaties of na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de zorg-verstrekker.

Artikel 80. Slaaptherapie

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigde leden en hun personen ten laste bij zelfmonitoring van apneu of de behandeling van slaapstoornissen.

B. Voorwaarden

De behandeling dient te gebeuren in een algemeen of universitair ziekenhuis of slaapcentrum of - in geval van zelfmonitoring van apneu - via een diagnose patch.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 100 euro per rechthebbende en dit maximaal éénmaal om de vijf kalenderjaren.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, dat door de zorgverstrekker ingevuld en ondertekend is
- een door de zorgverstrekker opgemaakte factuur voor de behandeling of de slaapdiagnose patch.

Artikel 81. Medische apps

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten voordele van de gerechtigden en hun personen ten laste, in de abonnementskosten van online medische applicaties.

B. Voorwaarden

- De tegemoetkoming in de abonnementskosten van de online medische applicaties beperkt zich tot de werkelijk betaalde kost.
- De tegemoetkoming kan enkel gebeuren wanneer een arts deze online medische applicatie voorschrijft of indien deze in het verleden werd erkend ~~is~~ door mHealth Belgium of erkend wordt volgens de nieuwe RIZIV procedure.

C. Tegemoetkoming

De aankoop van de medische applicatie wordt terugbetaald met een maximum van 20 euro per kalenderjaar per medische app.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de voorschrijvende arts of door middel van het voorleggen van betalingsbewijs.

Artikel 82. Osteopathie – chiropraxie – acupunctuur

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor osteopathie, chiropraxie of acupunctuur of een combinatie van deze behandelingen.

B. Voorwaarden

- Er is maximum 1 tegemoetkoming per dag
- De behandelingen dienen te gebeuren door:
  - voor osteopathie : door een osteopaat D.O. (diplomated osteopath), die zich heeft aangesloten bij een door de Raad van State erkende beroepsvereniging
  - Voor chiropraxie: door een chiropractor aangesloten bij de Belgische Vereniging van chiropractors of de Chiropractic Belgium
  - Voor acupunctuur: door een acupuncturist aangesloten bij de Belgian Acupunctors Federation (BAF), Abadic U.P (Association Belge des Acupuncteurs Diplômés de Chine),

Eufom (Belgische Beroepsfederatie van acupuncturisten of bij de Belgische Vereniging der geneesheer-acupuncturisten)

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 12 euro per zitting met een maximum van 72 euro per rechthebbende per kalenderjaar (6 zittingen).

D. Bewijsstuk

- Voor osteopathie: een intermutualistisch goedgekeurd standaarddocument
- Voor chiropraxie en accupunctuur: het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld of het betalingsbewijs met betrekking tot de verstrekte behandeling

Artikel 83. Vaccins

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten van alle vaccins die als dusdanig in België erkend zijn.

B. Voorwaarden

- Het gaat om vaccins, erkend in België
- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- Het vaccin werd toegediend in België of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt voor alle vaccins 100% van de kostprijs met een maximum van 25 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het leveringsattest, opgesteld door de apotheker (mod 704 of BVAC-attest) of
- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend of
- getuigschrift van de arts waarop het geleverde vaccin vermeld is

Artikel 84. Psychotherapie

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen

ten laste in de kosten die te maken hebben met psychotherapie.

B. Voorwaarden

- De zittingen kunnen ook plaatsvinden onder de vorm van teleconsultaties.
- Meerdere sessies per dag zijn mogelijk
- Er is geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering. Dit zal er evenwel niet toe leiden dat aan de leden met een recht op een verhoogde tegemoetkoming zoals voorzien in de verplichte verzekering, in het geheel minder wordt toegekend dan aan de andere leden.
- De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België of in één van haar buurlanden (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk) gevestigde erkende psycholoog of een psychotherapeut aangesloten bij een beroepsvereniging of een orthopedagoog, een seksuoloog aangesloten bij de VVS of bij een door het ziekenfonds erkende derde (bijlage).

C. Uitsluiting

Er is geen tegemoetkoming in het kader van deze dienst voor sessies bij volgende instanties:

- Centra voor geestelijke gezondheidszorg
- Centra voor leerlingenbegeleiding
- Revalidatiecentra
- Agentschap Opgroeien
- Het Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap
- Diensten voor Maatschappelijk werk
- Onderwijsinstellingen
- Justitieel welzijnswerk of bijzondere jeugdzorg

D. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is maximaal 10 euro per zitting met een maximum van 120 euro per kalenderjaar per rechthebbende (12 zittingen).

E. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld door de behandelende psychotherapeut, seksuoloog, orthopedagoog of psycholoog
- de factuur waar de naam van de rechthebbende, de naam van de verstrekker (of stempel), de prestatiedatum en het betaald bedrag op staat vermeld

Artikel 85. <u>Diabetes</u>

A. Begunstigden

Deze dienst heeft als doel preventie en begeleiding van risicopersonen en diabetespatiënten en

kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste, in de medische kosten van raadplegingen, lidgeld diabetesliga en in de aankoop van materiaal.

B. Voorwaarden

- Raadplegingen:
  - Het gaat om raadplegingen bij de huisarts, diëtist, tandarts of oftalmoloog
  - De raadplegingen kunnen ook plaatsvinden onder de vorm van teleconsultaties.
  - Aankoop diabetesmateriaal: het moet gaan om materiaal aangekocht in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

- Raadplegingen en lidgeld diabetesliga: de remgelden van de raadplegingen en het lidgeld van de diabetesliga worden terugbetaald met maximumbedrag van 60 euro per rechthebbende per kalenderjaar voor beide samen.
- Aankoop diabetesmateriaal: een tegemoetkoming van 30% op de aankoop van “diabetes-materiaal”

D. Bewijsstuk

De tegemoetkomingen worden betaald mits voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld OF:

- Voor raadplegingen: mits voorlegging van het getuigschrift
- Voor aankoop diabetesmateriaal: mits voorlegging van de factuur van de erkende thuiszorgwinkel waarop de naam van de rechthebbende, het betaald bedrag en het aangekochte materiaal wordt vermeld. De tegemoetkoming kan ook via derdebetalersregeling worden betaald.
- Voor lidgeld diabetesliga: de factuur van de diabetesliga met vermelding van de naam van de rechthebbende en het betaald bedrag

Artikel 86. <u>Obesitas</u>

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe in de medische kosten van een multidisciplinair begeleidingsprogramma ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste die lijden aan obesitas.

B. Voorwaarden

Om aanspraak te kunnen maken op deze tegemoetkoming moet:

- de rechthebbende volwassene vanaf 18 jaar aantonen dat een BMI gemeten is van 30 of meer.
- de rechthebbende jongere tot en met 17 jaar aantonen dat een BMI gemeten is bij een percentiel 95 of hoger of een procentuele BMI gemeten is van 140% of hoger.
- Het multidisciplinair begeleidingsprogramma moet gevolgd worden in een ziekenhuis of in een

centrum voor obesitaspatiënten erkend door het ziekenfonds en opgenomen in de bijlage aan huidige statuten.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt een forfaitair bedrag van 200 euro voor de kosten van het begeleidingsprogramma. Deze terugbetaling is eenmalig in het leven.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van formulier, ingevuld door het centrum omschreven in punt B, dat aantoont dat de rechthebbende een multidisciplinair programma volgt.

Artikel 87. Thuisoppas voor zorgbehoevende personen

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe in de verblijfskosten van een professionele oppas in de woonplaats van een persoon met een handicap of die lijdt aan de ziekte van Alzheimer en voor de nachtopvang door een vrijwilliger bij een dergelijk persoon.

B. Voorwaarden

De persoon die voor de professionele oppas zorgt moet opgeleid zijn in de begeleiding van personen, en doet dit in opdracht van een vereniging die de oppas organiseert.
De nachtopvang gebeurt door een vrijwilliger van een dienst vrijwilligerswerk.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 30 euro per dag, met een maximum van 420 euro per kalenderjaar en een maximum van 14 dagen per kalenderjaar, uitgezonderd voor de nachtopvang door een vrijwilliger. In dat geval geldt dezelfde tegemoetkoming maar met een maximum van 28 dagen per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van de factuur van de vereniging die de oppas organiseert.

Artikel 88. Sportevents

A. Begunstigden

Deze dienst voorziet in een tegemoetkoming in het inschrijvingsgeld van sportevents. Onder sportevent wordt verstaan een eendaagse of meerdaagse activiteit waarbij de deelnemer aan beweging doet en waarvoor een inschrijving noodzakelijk is.

B. Voorwaarden

- Deelname aan een sportevent georganiseerd door een professionele organisatie (sportclub, school,…) waaraan de deelnemer het inschrijvingsgeld betaalt.
- Deze tegemoetkoming geldt niet voor:
    - een sportabonnement of een sportcursus en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'sportclub/fitness/jeugdbeweging'.
    - een sport- of beweegkamp noch voor een sportvakantie en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'dienst jongeren'.
- De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 25 euro per event per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de organisator,
- het inschrijvingsbewijs of betalingsbewijs van het event waar de naam van de rechthebbende, de organisator en het betaald bedrag is opgenomen.

Artikel 89. <u>Sportonderzoek en beweging op verwijzing (BOV)</u>

A. Begunstigden

Deze dienst voorziet in een terugbetaling van preventieve sportonderzoeken en van het begeleidingstraject "Bewegen op verwijzing" (BOV) voor de gerechtigde leden en hun personen ten laste.

B. Voorwaarden

- Het preventieve sportonderzoek wordt uitgevoerd door een (sport)arts, geneesheer-specialist.
- De tegemoetkoming geldt niet voor een sportabonnement of een sportcursus en kan als dusdanig niet gecumuleerd worden met het voordeel 'sportclub/jeugdbeweging'.
- Voor hetzelfde onderzoek of traject is er geen tegemoetkoming in het kader van de verplichte ziekteverzekering.
- Er is geen tegemoetkoming voor bloedonderzoeken, mentale coaching of voedingsanalyses.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 25 euro per onderzoek en per BOV-traject en wordt eenmalig per kalenderjaar toegekend.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van typeformulier van het ziekenfonds, dat door de verstrekker ingevuld en ondertekend is, of mits voorlegging van het inschrijvingsbewijs of betalingsbewijs van het onderzoek of traject.

Artikel 90. Sportclub/fitness/jeugdbeweging

A. Begunstigden

De dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor het lidgeld van sportclub of van een jeugdbeweging of voor de kosten voor de aankoop van een fitnessabonnement of een beurtenkaart.

B. Voorwaarden

- Onder sportclub wordt verstaan: elke sportclub die een sporttak uitoefent erkend door Sport Vlaanderen
- Onder fitnessabonnement wordt verstaan: het abonnement bij een sportcentrum waar onder begeleiding op individuele basis of via clubverband fitnessen.
- Met jeugdbewegingen bedoelen we deze die erkend zijn door de afdeling jeugd.
- De tussenkomst wordt enkel verleend in geval van aansluiting voor de duur van een sportseizoen of een fitnessabonnement of beurtenkaart van minimum 10 beurten.
- Rechthebbende zijn op de dag van de betaling (voor de tegemoetkoming in het lidgeld van de sportclub en in de aankoop van een fitnessabonnement of een beurtenkaart) en op de dag van de aanvang van het werkingsjaar van de jeugdbeweging (voor de tegemoetkoming in het lidgeld van de jeugdbeweging).

- De tegemoetkoming is slechts verschuldigd indien de sportclub gevestigd is in België of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming in het kader van deze dienst bedraagt maximum € 50 per rechthebbende per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van één van volgende stukken:

- het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld door de sportclub/sportcentrum of de jeugdbeweging waar de data uit puntje B (voorlaatste streepje) duidelijk op vermeld staan.
- een betalingsbewijs met vermelding van het betaald bedrag, de naam van de rechthebbende en de naam van de sportclub/sportcentrum/jeugdbeweging.

Artikel 91. Dienst gezondheidspromotie

A. Begunstigden

De dienst gezondheidspromotie wordt ingericht voor de gerechtigde leden en hun personen ten laste.

In het kader van deze dienst kunnen de rechthebbenden deelnemen aan info- en doesessies die worden georganiseerd door het ziekenfonds.

B. Voorwaarden

Er zijn geen specifieke voorwaarden voor een deelname aan de info -of doesessies.

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst worden geen tegemoetkomingen verleend aan de begunstigden.

Artikel 92. Dienst Innovatie

Het ziekenfonds organiseert voor haar rechthebbenden, een dienst met als doel het realiseren en implementeren van innovatieve producten en diensten in de sector van zorg, preventie en welzijn die een nieuwe toegevoegde waarde bieden aan klanten van het ziekenfonds.

Deze dienst streeft de volgende doelstellingen na :

- het opsporen en het onderzoeken van behoeftes binnen de sector van zorg, preventie en welzijn
- het organiseren en aanbieden van innoverende, in de brede zin van het woord, activiteiten en dienstverlening binnen de sector
- de organisatie van opleidingen en informatiesessies
- het geven van advies en verdedigen van belangen rond aspecten die de sector aanbelangen
- het opstarten en uitwerken van projecten met het oog op het verkennen, ontwikkelen, uitwerken en optimaliseren van oplossingen, producten en diensten die de sector ten goede komen

De dienst beperkt zich tot de doelstellingen zoals hierboven vermeld. Er worden geen financiële tussenkomsten verleend in het kader van deze dienst.

Voor de organisatie van deze dienst doet het ziekenfonds beroep op Helan Innovatielab vzw.

Artikel 93. Leefstijladvies

A. Begunstigden

Het ziekenfonds kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigde leden en hun personen ten laste voor de kosten van sessies bij gezondheidscoaches die een opleiding hebben gevolgd zoals opgenomen in de bijlage aan huidige statuten of bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

B. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt uitsluitend toegekend voor de sessies gegeven door gezondheidscoaches die een opleiding hebben gevolgd zoals opgenomen in de bijlage aan huidige statuten of bij een door het ziekenfonds erkende derde.

Er is geen cumul met het voordeel “diëtiek”.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 25 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de gezondheidscoaches die de vereiste opleiding heeft gevolgd of de door het ziekenfonds erkende derde OF mits voorlegging van een attest, opgesteld door hen.

Artikel 94. Diëtiek

A. Begunstigde

Het ziekenfonds kent een tegemoetkoming toe aan de gerechtigden en hun personen ten laste voor voedingsadvies bij een door het RIZIV erkende diëtist of een arts-voedingsdeskundige.

B. Voorwaarden

- Het advies wordt gegeven door een door het RIZIV erkende diëtist of een arts- voedingsdeskundige
- Ook teleconsultaties komen in aanmerking voor een tegemoetkoming
- Er is geen cumul met het voordeel “leefstijladvies”.

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst worden volgende tussenkomsten verleend:

- 25 euro per rechthebbende per kalenderjaar voor een voedingsadvies dat bij een arts-voedingsdeskundige of een door het RIZIV erkende diëtist wordt gevolgd.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld of een attest, opgesteld door een door het RIZIV erkende diëtist of arts-voedingsdeskundige. In dat geval dient het attest volgende zaken minstens te vermelden:

- de naam van de rechthebbende,
- de naam, handtekening of stempel van de diëtist/arts-voedingsdeskundige
- datum advies
- betaald bedrag

Artikel 95. Wellness

A. Begunstigde

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste voor wellness behandelingen onder de voorwaarden hieronder opgenomen.

B. Voorwaarden

Het moet gaan om één van volgende behandelingen: bezoeken aan de sauna, aan thermale baden, infraroodcabines, stoombaden of aan een kuuroord.

Er is enkel een tegemoetkoming indien de verstrekkingen in België werden uitgevoerd of in een buurland (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tussenkomst

De tegemoetkoming bedraagt 25 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

Als bewijsstuk dient de factuur te worden voorgelegd waarop duidelijk vermeld staat op welk soort van bovenstaande wellness behandelingen de factuur betrekking heeft, de datum van de behandeling, de naam van het instituut en de naam van de rechthebbende.

Artikel 96. <u>Buitenschoolse opvang voor kinderen met een handicap</u>

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kosten voor buitenschoolse opvang van rechthebbenden die niet in het regulier onderwijs terechtkunnen.

B. Voorwaarden

Om een tegemoetkoming te kunnen genieten op grond van deze dienst dienen aan volgende voorwaarden te zijn voldaan:

- de rechthebbende heeft een handicap erkend door het VAPH, COCOF, AWIPH of Iriscare
- de opvang gebeurt in een multifunctionele voorziening erkend door het VAPH, COCOF, AWIPH of Iriscare

C. Tegemoetkoming

De tussenkomst bedraagt 2,5 euro per dag per rechthebbende voor maximum 100 dagen per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De rechthebbende dient een factuur voor te leggen van de voorziening waar de opvang georganiseerd werd.

Artikel 97. <u>Genetische dragerschapsscreening</u>

A. Begunstigde

Het ziekenfonds voorziet in een tegemoetkoming voor gerechtigde leden die een genetische dragerschapsscreening ondergaan met het oog op een zwangerschap.

B. Voorwaarden

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend indien aan volgende voorwaarden is voldaan:

- Het betreft een genetische dragerschapsscreening (BEGECS)
- De screening gebeurt voor de zwangerschap
- De screening wordt voorgeschreven door een arts
- De screening wordt uitgevoerd in een erkend centrum medische genetica
- Er is in het kader van de verplichte ziekteverzekering geen tegemoetkoming voor de screening.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 150 euro per rechthebbende.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van:

- het typeformulier van het ziekenfonds of een factuur door een erkend centrum medische genetica volledig ingevuld of opgemaakt.

Artikel 98. <u>Vakanties voor volwassenen</u>

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste in de kostprijs van de hieronder vermelde vakanties volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

- Zorgvakanties:
  - Het gaat om een vakantie voor personen met een fysieke beperking en voor personen met een verminderde mobiliteit
  - Er is enkel een tussenkomst voor zorgvakanties bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage)

C. Tegemoetkoming

- Zorgvakanties: een tegemoetkoming wordt verleend van 25 euro per dag per rechthebbende

met een fysieke beperking.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming voor de zorgvakanties wordt verleend op basis van de factuur of betaalbewijs, waarop de datum van de afreis (prestatiedatum), de naam van de rechthebbende en diens fysieke beperking worden vermeld.

Artikel 99. Dienst vrijwilligers

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste een dienst die tot doel heeft vrijwilligers in te schakelen met het oog op de ondersteuning en coördinatie van de activiteiten en initiatieven op het vlak van de thuiszorg en de sociale hulp. Meer bepaald heeft de dienst tot doel vrijwilligers in te zetten voor het welzijn van individuen indien hun gezondheidstoestand dit vereist.

Het ziekenfonds doet in het kader van deze dienst beroep op derden (bijlage).

B. Voorwaarden

Deze dienst die via de door het ziekenfonds erkende derde wordt georganiseerd is toegankelijk voor de rechthebbenden:

- die thuis wensen te blijven, omwille van om het even welk gezondheidsprobleem of handicap
- Waarvan de gezondheidstoestand, na een hospitalisatie, nog verzorging vereist
- Die een ouder opvangen die om het even welke ziekte of handicap heeft

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst ontvangt de rechthebbende geen enkele financiële tegemoetkoming voor de kosten van de prestaties van de vrijwilligers op wie beroep wordt gedaan in het kader van deze dienst. De onkostenvergoeding voor de prestaties van deze vrijwilligers vallen ten laste van de rechthebbende.

Artikel 100. Oncorevalidatie

A. Begunstigden

Het ziekenfonds verleent een tegemoetkoming aan zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste die een oncorevalidatieprogramma volgen.

B. Voorwaarden

- Er wordt enkel een tussenkomst gegeven voor het volgen van een oncorevalidatieprogramma georganiseerd door het ziekenfonds of een gespecialiseerd oncorevalidatiecentrum ter

begeleiding van patiënten die lijden of hebben geleden aan kanker en die de re-integratie in de samenleving bevorderen of de gevolgen van de behandeling verzachten.
- De dienst komt eveneens tegemoet voor de kosten van een oncologisch revalidatieprogramma georganiseerd door een door de overheid erkend ziekenhuis
- Er is geen cumul met het voordeel zorgverblijven

C. Tegemoetkoming

De dienst komt tussen in de kosten voor het volgen van een oncorevalidatieprogramma. De tussenkomst is beperkt tot 75% van de betaalde deelnameprijs met een maximum van 200 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van de factuur waarop de naam van de rechthebbende en de geleverde prestaties (incl. datum) zijn vermeld.

Artikel 101. <u>Preventieve onderzoeken</u>

A. Begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten voordele van de gerechtigden en hun personen ten laste, in de kosten van raadplegingen en/of onderzoeken die verband houden met de preventie of opsporing van kanker, cardiovasculaire ziekten, allergieën, luchtwegenaandoeningen, osteoporose en diabetes.

B. Voorwaarden

- De tegemoetkoming voor de onderzoeken en analyses beperkt zich tot de onderzoeken en analyses voorgeschreven door een arts, uitgezonderd wat betreft de zelftest ter preventie of opsporing van darmkanker. Deze test dient te worden aangekocht bij de apotheek.
- Raadplegingen en/of onderzoeken die in aanmerking komen voor een terugbetaling vanuit de verplichte ziekteverzekering, komen niet in aanmerking voor een tegemoetkoming binnen dit voordeel.
- Er is geen cumul mogelijk met de tegemoetkoming “medische app’s” noch met het voordeel “sportonderzoek en beweging op verwijzing”.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 10 euro per onderzoek met een maximum van 30 euro per rechthebbende per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de voorschrijvende arts en de zorgverstrekker

respectievelijk de apotheker.

Artikel 102. Sociaal fonds

A. Begunstigden

Het sociaal fonds heeft tot doel een financiële tegemoetkoming te verlenen aan de gerechtigde leden en hun personen ten laste die geconfronteerd worden met uitzonderlijke en hoge kosten of inkomstenverliezen, ten gevolge van hun gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging.

Voor een tegemoetkoming komen enkel in aanmerking de rechthebbenden die een minimum percentage aan zorgkosten kan aantonen in vergelijking met het equivalent inkomen*. Hiervoor wordt volgende tabel gehanteerd:

netto equivalent inkomen in euro	minimaal kosten volgens de verschillende inkomenscategorieën (in %)
< 1100	0 %
tussen 1100 en 1300	4 %
tussen 1300 en 1500	5 %
tussen 1500 en 1600	6 %
tussen 1600 en 1700	7 %
tussen 1700 en 1800	8 %
> 1800	Minimum € 2000 aan kosten nodig

* Formule om het equivalent inkomen te berekenen : het reële inkomen** (per maand) gedeeld door de gezinscoëfficiënt.
Voor de gezinscoëfficiënt telt de patiënt als 1 en elk lid van het kerngezin als 0,3. Een kind met een zorgtoeslag bij het groeipakket telt dubbel, dus als 0,6.
**reële inkomen: dit omvat alle types van maandelijkse inkomens (inclusief aanvullende tegemoetkomingen zoals zorgbudgetten VSB en tegemoetkomingen FOD en Hulp van derde)
***inkomensbedragen worden jaarlijks per 1 januari aangepast (verhoging desgevallend verlaging) aan de gezondheidsindex (basisjaar 2022).

B. Voorwaarden

Voor tegemoetkoming worden in aanmerking genomen:

- uitzonderlijke en hoge kosten, ten gevolge van de gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging;
    - na aftrek van de tegemoetkoming betaald of nog te betalen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de arbeidsongevallen-verzekering, het fonds voor beroepsziekten en van iedere andere vergoeding van een verzekering waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is, kas, fonds, organisme of

instelling waarbij de aansluiting wettelijk verplicht is;
  - die gemaakt werden in de periode van 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag tot tegemoetkoming;
- de kosten voor de mutualistische persoonlijke bijdragen voor maximaal één kalenderjaar.

Kosten voor medische behandeling of verzorging worden enkel in aanmerking genomen op voorwaarde dat de behandeling of verzorging medisch noodzakelijk is. In geval van twijfel kan er aan de klant gevraagd worden om door de behandelde geneesheer-specialist een attest te laten invullen die de medische noodzakelijkheid staaft.

In geval van een ziekenhuisopname worden de supplementen die worden aangerekend omwille van de keuze voor verblijf op een eenpersoonskamer niet in aanmerking genomen.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming voorzien in deze dienst (onderstaande bedragen worden jaarlijks aangepast aan de gezondheidsindex):

- wordt enkel toegekend op voorwaarde dat het totale bedrag aan kosten minstens 500 euro bedraagt;
- bedraagt 50 % van de in aanmerking genomen kosten ten laste van de rechthebbende,
- is beperkt tot een maximum van 1000 euro per dossier;
- is beperkt tot een maximum van 1000 euro per kalenderjaar.

Onder “dossier” in de zin van dit artikel wordt verstaan : alle kosten die het gevolg zijn van éénzelfde gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging. Van zodra de kosten betrekking hebben op of het gevolg zijn van een nieuwe gezondheidstoestand, medische behandeling of verzorging, wordt een nieuw dossier geopend.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend op voorlegging van volgende stukken:

- een aanvraag door de rechthebbende;
- facturen, onkostennota’s die de uitzonderlijke en hoge kosten ten laste van het lid staven;
- authentieke documenten ter staving van de inkomstenverliezen.

Artikel 103. <u>Dienstencheques</u>

A. Begunstigde

Het ziekenfonds organiseert voor zijn gerechtigde leden en hun personen ten laste een dienst rond de activiteiten en initiatieven op het vlak van hulp in huis via dienstencheques, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

Er is enkel een tussenkomst voor hulp in huis die wordt georganiseerd door een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

Het ziekenfonds betaalt rechtstreeks aan de erkende derde tot 55 euro per kalenderjaar per mutualistisch gezin dat beroep doet op deze dienst.

D. Bewijsstukken

Het ziekenfonds krijgt een factuur van de erkende derde waarop per mutualistisch gezin de naam en het adres zijn vermeld.

Artikel 104. <u>Ziekenvervoer</u>

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert voor de gerechtigden en de personen ten laste dringend en niet-dringend ziekenvervoer.

B. Voorwaarden

Algemeen:

- er is enkel een tegemoetkoming voor zover het vervoer volstrekt nodig wordt geacht in het kader van een medische behandeling.
- Er is enkel een tegemoetkoming indien het vervoer georganiseerd werd door een door het ziekenfonds erkende derde (bijlage)

Specifieke voorwaarden:

<u>Dringend ziekenvervoer</u>

- Enkel vervoer binnen België dat noodzakelijk is voor een medische behandeling komt in aanmerking voor tussenkomst
- Er is enkel een tegemoetkoming indien er geen tegemoetkoming is in het kader van de verplichte ziekteverzekering
- Dringend ziekenvervoer betreft enkel het vervoer naar een ziekenhuis per helikopter.

<u>Niet-dringend ziekenvervoer</u>

- Enkel vervoer binnen België, noodzakelijk voor een medische behandeling, komt in aanmerking voor tussenkomst
- De reden van het vervoer bestaat uit:
    - de opname in of het ontslag uit een ziekenhuis
    - het overbrengen naar een ander ziekenhuis, met het oog op een opname in dit

ziekenhuis
  - daghospitalisatie : verblijven van één dag die gelijkgesteld worden met een ziekenhuisopname krachtens de nationale overeenkomst ziekenhuizen – ziekenfondsen
  - ambulante zorgen en raadplegingen in het kader van de specialistische geneeskunde
    - chemotherapie
    - radio- of radiumtherapie
    - nierdialyse
- Het betreft 4 soorten vervoer:
  - Vervoer met een ziekenwagen (niet in het kader van oproep 112)
  - Vervoer georganiseerd door een vrijwilligersorganisatie
  - Vervoer door derden, natuurlijke personen, op voorwaarde dat zij niet samenwonen met de rechthebbende en geen familiale band hebben tot de 1e graad met de rechthebbende.
  - Taxivervoer

C. Tegemoetkoming

<u>Dringend ziekenvervoer</u>: 50% van de factuur voor het dringend ziekenvervoer wordt terugbetaald met een maximum van 1.250 euro per vervoer.

<u>Niet-dringend ziekenvervoer</u>:

- Voor volgende soorten vervoer worden tussenkomsten toegekend, die samen per kalenderjaar per rechthebbende maximum 1.400 euro kunnen bedragen:
  - Vervoer met een ziekenwagen: 70 % op het totaalbedrag van de factuur met een maximum van 90 euro/rit
  - Vervoer georganiseerd door een vrijwilligersorganisatie of taxivervoer: 70 % van het totaalbedrag van de kostennota met een maximum van 20 euro/rit
  - Vervoer door derden, natuurlijke personen: 0,18 euro/km met een maximum van 10 euro/rit. Onder “rit” wordt hier begrepen: de kortste afstand van de verblijfplaats van de rechthebbende naar het ziekenhuis.
- Voor recurrent vervoer, in het kader van nierdialyse wordt volgende tussenkomst toegekend:
  - 0,60 euro per km met een maximum van 30 km per rit .

D. Bewijsstuk

<u>Dringend ziekenvervoer</u>: de factuur m.b.t. het helikoptervervoer

<u>Niet-dringend ziekenvervoer</u>:

- Factuur m.b.t. het ziekenvervoer en eventuele aangerekende supplementen
- Een medisch attest waaruit blijkt dat het ziekenvervoer noodzakelijk is in geval de rechthebbende jonger is dan 65 jaar én het betreft een vervoer naar een geneesheer-specialist voor ambulante zorgen of een raadpleging. Dit attest dient 1 keer per jaar te worden voorgelegd.

Artikel 104 bis. Nierdialyse

A. Begunstigde

Deze dienst voorziet in een tussenkomst voor de rechthebbenden die een nierdialyse behandeling krijgen thuis.

B. Voorwaarden

De behandeling is voorgeschreven door een arts en wordt uitgevoerd in de privéwoning van de rechthebbende.

C. Tegemoetkoming

In het kader van deze dienst wordt een tegemoetkoming toegekend tot 40 euro per kalenderjaar per rechthebbende.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds of een medisch attest naar behoren ingevuld en ondertekend door een arts.

Artikel 105. Zorgverblijven

A. Begunstigde

Deze dienst voorziet in een aanbod aan zorgverblijven waar zorgbehoevende leden tot rust kunnen komen. Voor de organisatie van deze dienst kan het ziekenfonds een beroep doen op derden (zie bijlage).

B. Voorwaarden

Er is enkel een tegemoetkoming indien er werd verbleven in een zorgverblijf, erkend door het ziekenfonds (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

Er wordt een tegemoetkoming toegekend van 35 euro per dag. De begeleiders van een zorgbehoevende ontvangen een tegemoetkoming van 15 euro per dag.
Er kan maar een tegemoetkoming ‘zorgverblijven’ gegeven worden tot een maximum van 28 dagen per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend mits voorlegging van een attest dat aantoont dat de rechthebbende in een zorgverblijf is verbleven.

Artikel 106.

Geschrapt

Artikel 107. Dienst jongeren

A. Begunstigden

Alle rechthebbenden van het ziekenfonds tot en met 18 jaar, kunnen genieten van de voordelen van de dienst jongeren.
De dienst jongeren heeft tot doel tussen te komen in de organisatiekosten en verblijfskosten van vakanties.

B. Voorwaarden

Algemeen

Een tegemoetkoming in het kader van deze dienst wordt slechts toegekend voor een periode waarin de rechthebbenden aangesloten zijn bij ziekenfonds.

Onder vakanties wordt verstaan: vakantieactiviteiten ingericht, zowel op nationaal grondgebied als in andere landen, ter bevordering van de fysische of psychische of sociale gezondheid.

Specifieke voorwaarden per vakantie

a) Jeugdvakanties/jeugdkampen:
   - deze vakanties en kampen worden georganiseerd via de vzw Heyo, waarmee het ziekenfonds een samenwerking heeft afgesloten.

b) Zorgvakantie:
   - Dit is een vakantie voor personen met een fysieke beperking en voor personen met een verminderde mobiliteit.
   - Er is enkel een tegemoetkoming indien deze vakantie wordt georganiseerd door een door het ziekenfonds erkende derde.

c) Meerdaagse activiteit of kamp, speelpleinwerking, buitenschoolse opvang en schooluitstappen
   - Het gaat om jeugdbewegings-, jeugdkampen / sportkampen/ schooluitstappen/ educatieve uitstappen georganiseerd door een thuisscholende ouder tijdens de schooluren/ speelpleinwerking en buitenschoolse opvang tijdens de schoolvakanties.
   - Voor jeugdbewegings-, jeugd- en sportkampen is er enkel een tussenkomst voor een deelname van minstens 2 opeenvolgende dagen.
   - De rechthebbende moet aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het moment van betaling van de factuur.
   - De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België gevestigde organisatie of in één van haar buurlanden gevestigde organisatie (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).
   - Er is geen tegemoetkoming voor activiteiten georganiseerd door Heyo vzw.

d) Kampen voor kinderen met medische problematiek

- De rechthebbende moet aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het moment van betaling van de factuur.
- Er is enkel een tegemoetkoming bij deelname aan een vakantiekamp voor jongeren met een specifieke medische problematiek.
- Het betreft volgende problematieken: astma, obesitas, kanker, slechtzienden, slechthorenden, diabetes, syndroom van Down, leukemie, ziekte van Hodgkin, aids, tuberculose, multiple sclerose, amyotrofische laterale sclerose, brandwonden, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encephalitis, tetanus, mucoviscidosis, ziekte van Crohn, brucellose, levercirrose ingevolge hepatitis, sclerodermie met aantasting van de organen, rectocolitis ulcerosa, ziekte van Pompe, malaria, typhus exanthematicus, typhoïde, coeliakie en paratyphoïde aandoeningen, difterie, cholera, miltvuur
- De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België gevestigde organisatie of in één van haar buurlanden gevestigde organisatie (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

e) Kampen voor mindervalide kinderen

- De rechthebbende moet aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het moment van betaling van de factuur.
- De rechthebbende moet een van volgende erkenningen hebben om een tussenkomst te kunnen krijgen:
    - Een erkenning VAPH/integrale jeugdhulp of gelijkgestelde instelling voor Brussel of Wallonië (inschrijving als persoon met handicap)
    - een erkenning verhoogde kinderbijslag
    - een erkenning bij de FOD sociale zekerheid als persoon met een handicap.
- De tegemoetkoming wordt toegekend voor activiteiten georganiseerd door een in België gevestigde organisatie of in één van haar buurlanden gevestigde organisatie (Nederland, Duitsland, Luxemburg, Frankrijk).

C. Tegemoetkoming

De dienst jongeren voorziet volgende tegemoetkomingen aan de rechthebbenden:

a) <u>Jeugdvakanties/jeugdkampen</u>:
- Er is geen financiële tussenkomst voor de deelname aan de jeugdvakanties/jeugdkampen.

b) <u>Zorgvakanties</u>
- De tegemoetkoming bedraagt 25 euro per dag

c) <u>Meerdaagse activiteit of kamp speelpleinwerking en buitenschoolse opvang of schooluitstappen</u>:
- Een tegemoetkoming tot 5 euro per dag per rechthebbende met een maximum van 40 dagen per kalenderjaar.
- Voor deze tegemoetkoming geldt, een franchise per kalenderjaar per rechthebbende van

10 euro.

d) Kampen voor kinderen met medische problematiek
   - Een tegemoetkoming tot 75 euro per kalenderjaar.

e) Kampen voor mindervalide kinderen
   - Een tegemoetkoming tot 250 euro per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

a) Zorgvakanties: de tegemoetkoming wordt betaald op basis van de factuur van de erkende derde die de naam van de rechthebbende en het betaalde bedrag vermeldt.

b) Speelpleinwerking/buitenschoolse opvang/meerdaagse activiteit of kamp/kampen voor kinderen met medische problematiek/ kampen voor mindervalide kinderen:

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de organisator OF door de factuur die de naam van de rechthebbende, de organisatie en het betaalde bedrag vermeldt.
In geval van thuisonderwijs, dient daarnaast een verklaring huisonderwijs te worden voorgelegd, uitgereikt door de "Cel leerplichtcontrole van het agentschap voor onderwijsdiensten".

Artikel 107 bis. Heyo kampen

A. Begunstigden

Alle rechthebbende ouders van kinderen van 2,5 jaar, 6 jaar en 9 jaar aangesloten als rechthebbende bij het ziekenfonds, kunnen genieten van de voordelen van deze dienst.

B. Voorwaarden

- Om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming moet de rechthebbende ouder, op het moment van het kamp, dat aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van deze dienst, rechthebbende zijn van het ziekenfonds. Dit geldt ook voor het kind zelf.
- Er is enkel een tegemoetkoming voor een kamp waaraan het kind deelneemt in het jaar dat het kind de leeftijd van 2,5 jaar, 6 jaar, 9 jaar bereikt of het jaar daaropvolgend.
- Er is enkel een tegemoetkoming indien het kamp georganiseerd wordt via een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).
- Er is maar 1 tegemoetkoming mogelijk binnen dit voordeel per kind
- Enkel een kamp zonder overnachting komt in aanmerking voor een tegemoetkoming

C. Tegemoetkomingen

De tegemoetkoming bedraagt 100 % van de kostprijs van het kamp.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende derde.

Artikel 108. Oppas Zieke kinderen

A. Begunstigden

De dienst organiseert voor de rechthebbenden thuisoppas van zieke kinderen en komt hiervoor tussen in de oppaskosten.

B. Voorwaarden

- De oppas wordt uitgevoerd door een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).
- Territoriale beperking: de aangeboden prestaties blijven beperkt tot het grondgebied van België.
- Algemene voorwaarden van de tegemoetkoming
  - De dienst is enkel toegankelijk voor kinderen vanaf 3 maanden en tot en met 14 jaar.
  - Om van de prestaties te kunnen genieten, moet de rechthebbende gedomicilieerd zijn in België.
  - Op het ogenblik van de prestaties mag de rechthebbende niet aanwezig zijn op het adres waar de prestaties worden geleverd (net zoals de tweede ouder indien deze op hetzelfde adres verblijft).
  - Het kind waarvoor de tussenkomst wordt gevraagd is een persoon ten laste van de rechthebbende.
  - De symptomen waar het kind aan lijdt eist geen specifieke verzorging van een verpleegdienst of verpleegkundige aan huis
  - Op het ogenblik waarop de rechthebbende beroep doet op de dienst, moet hij in orde zijn met de bijdragen aanvullende diensten.

- Voorwaarden wat dekkingsperiode betreft:
  - De prestaties inzake oppas van zieke kinderen worden geleverd van maandag tot vrijdag van 7.00 tot 19.00 uur, dit wil zeggen 5 dagen per week.
  - Voor eenzelfde ziekte is de tegemoetkoming beperkt tot 3 werkdagen.
  - De prestaties mogen ook op zaterdag van 07.00 tot 19.00 uur geleverd worden ten gunste van ouders die een beroepsbezigheid uitoefenen op die dag, voor zover de echtgeno(o)t(e) niet in staat is de oppas van het zieke kind te verzekeren en op voorwaarde dat de duur van de prestaties de 3 dagen niet overschrijdt.

- Uitsluitingen:
  - De kinderen jonger dan 3 maanden en vanaf de 15e verjaardag
  - De chronisch zieken
  - De zieken die medische verzorging vereisen die gegeven moet worden door een verpleegkundige dienst of een dienst van thuisverpleging
  - De zieken die tot de thuishospitalisatie behoren – onder thuishospitalisatie dient men het

geval te verstaan van een kind dat getroffen is door een zware ziekte die niet tot de bevoegdheid van kinderverzorgsters behoort en die op zijn minst 2 huisbezoeken per dag van de arts vereist

- De zondag en de feestdagen
- Prestaties op werkdagen voor 07u00 of na 19u00
- Tijdens de wekelijkse rustdagen en de wettelijke vakantieperiodes van de rechthebbenden

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is beperkt tot ten hoogste 10 oppasdagen per kalenderjaar per kind, ingeschreven ten lasten van een gerechtigde.

De dienst neemt de kostprijs van deze oppasdagen ten laste tot een maximum van 9 uur per dag en voor een maximumduur van 3 opeenvolgende werkdagen. Minimum 5 opeenvolgende uren per dag oppas worden in één keer opgenomen. Indien de klant door onvoorziene omstandigheden een 10de uur oppas wenst op te nemen, wordt dit gefactureerd aan de klant.

Het is mogelijk dat er niet voor een thuisoppas gezorgd kan worden binnen de 24 uur na de oproep, in uitzonderlijke gevallen zoals epidemieën of overmacht.

Er geldt een franchise van 3 euro per gepresteerd uur. Een begonnen uur oppas wordt als een volledig uur oppas beschouwd. Indien de klant een 10de uur oppas wenst op te nemen, wordt dit gefactureerd aan 150% van het uurtarief dat gangbaar is bij de dienstverlenende partner.

Een geplande oppas annuleren kan tot uiterlijk 12u voor de aanvang van de oppas. Indien de annulering niet tijdig gebeurt, zullen 35 euro annulatiekosten worden gefactureerd. De afwezigheid van het kind wanneer de oppas zich in diens woonplaats aanmeldt, geldt niet als tijdige annulering.

Als de rechthebbende, na twee kosteloze herinneringen, in gebreke blijft het aandeel van de kosten van de oppas te betalen, kan hij niet langer een beroep doen op deze dienst tot en met de dag van ontvangst van de betaling.

Na niet-betaling binnen de termijnen vermeld op de herinnering, zal een invorderingsprocedure in gang kunnen worden gezet. In dat geval zullen verwijl-intresten worden aangerekend zoals bepaald bij Wet van 2 augustus 2002 betreffende de bestrijding van de betalingsachterstand bij handelstransacties alsook een forfaitaire vergoeding als volgt:

1. 20 euro als het verschuldigde saldo lager dan of gelijk is aan 150 euro;
2. 30 euro vermeerderd met 10 % van het verschuldigde bedrag op de schijf tussen 150,01 en 500 euro als het verschuldigde saldo tussen 150,01 en 500 euro is;

3. 65 euro vermeerderd met 5 % van het verschuldigde bedrag op de schijf boven 500 euro met een maximum van 2000 euro als het verschuldigde saldo hoger dan 500 euro is.

D. Bewijsstuk

Om van de tegemoetkoming te kunnen genieten, zal de rechthebbende een medisch getuigschrift moeten afgeven aan de oppas dat vermeldt dat het kind moet thuis blijven wegens ziekte.
De tegemoetkoming wordt betaald op basis van de factuur van de door het ziekenfonds erkende derde (bijlage).

Artikel 109. Geboortepremie / adoptiepremie/pleegzorgpremie

A. Begunstigden

Alle rechthebbende ouders, aangesloten bij het ziekenfonds op het ogenblik van de geboorte of op adoptiedatum of op de datum van beslissing tot langdurige, perspectiefbiedende pleegzorg, kunnen genieten van de voordelen van deze dienst.

B. Voorwaarden

Om te kunnen genieten in functie van de beschikbare middelen van de tegemoetkoming dient de rechthebbende ouder aangesloten zijn bij het ziekenfonds op het ogenblik van de geboorte of de adoptiedatum, of op datum van de beslissing tot langdurige, perspectiefbiedende pleegzorg van het kind. In dat laatste geval dient het kind zelf ook te zijn aangesloten bij het ziekenfonds.

C. Tegemoetkoming

De premie bedraagt 150 euro per rechthebbende ouder per kind. De premie kan per kind maximaal 300 euro bedragen.

D. Bewijsstuk

Een uittreksel uit de geboorte (adoptie) akte of - in geval van langdurige, perpectiefbiedende pleegzorg - de beslissing of een ander gelijkwaardig bewijsstuk dient te worden voorgelegd.

Artikel 110. Korting babyuitzet/Kraamhotel

A. Begunstigden

Alle vanaf 5 maanden zwangere rechthebbenden en rechthebbende ouders van kinderen van 0 tot en met 2 jaar, aangesloten als rechthebbende bij het ziekenfonds, kunnen genieten van de voordelen van deze dienst.

B. Voorwaarden

Algemeen

- Om aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming moet de rechthebbende ouder, op het aankoop- of dienstverleningsmoment, dat aanleiding geeft tot een tegemoetkoming van

deze dienst, rechthebbende zijn van het ziekenfonds.
- De rechthebbende dient eenmalig de keuze te maken om een tegemoetkoming te verkrijgen voor “diensten” of “aangekochte producten Zorgwinkel”. Eens er een keuze werd gemaakt voor een pakket, is er geen overstap meer mogelijk naar een ander.

Aangekochte “producten Zorgwinkel” komen slechts in aanmerking voor een tegemoetkoming:
- Indien zij werden aangekocht in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel (zie bijlage)
- indien zij behoren tot het “babyuitzet” aanbod, zijnde een assortiment van artikelen die bijdragen tot de ontwikkeling en de gezondheid van een kind, van de voormelde thuiszorg-winkel.

Volgende verkregen “diensten” komen in aanmerking voor tegemoetkoming:
- Geleverde diensten door een door het ziekenfonds erkend “kraamhotel” (zie bijlage)

C. Tussenkomst / bedrag
- Aangekochte producten Zorgwinkel
  - Er geldt een tegemoetkoming van 50% op de kostprijs van de aangekochte “producten” met een maximum van 150 euro per kind.
  - Bij een eerste aankoop van het “babyuitzet” gamma ontvangt de rechthebbende een geschenk met een maximale waarde van 30 euro.
- Diensten:

De gemaakte kosten (voor kraamhotel) worden eenmalig terugbetaald met een maximum van 200 euro per kind.
De tussenkomst in het kader van deze dienst kan per kind slechts eenmalig worden verkregen.

D. Bewijsstuk

Een tegemoetkoming voor “aangekochte producten Zorgwinkel” wordt via derdebetalersregeling geregeld tussen het ziekenfonds en de thuiszorgwinkel.
Indien de tegemoetkoming wordt gevraagd tijdens de zwangerschap, dient een bewijs van zwangerschap (van minimum 5 maanden) te worden voorgelegd via een medisch attest of een attest van een vroedvrouw. Voor de tegemoetkoming door de vader (rechthebbende), dient een bewijs van afstamming (conform de bepalingen van art. 312 e.v. van het Burgerlijk Wetboek) te worden voorgelegd.
Om een tegemoetkoming te verkrijgen voor “kraamhotel”, dient de factuur van het kraamhotel te worden voorgelegd.

Artikel 110 bis. Foliumzuur bij zwangerschap

A. Begunstigden

Het ziekenfonds kent een tegemoetkoming toe aan de rechthebbenden voor de aankoop van

foliumzuur in het kader van een beoogde zwangerschap.

B. Tegemoetkoming

Er geldt een tegemoetkoming van 30 euro per kalenderjaar.

C. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt betaald op basis van het betalingsbewijs van de aankoop van het foliumzuur.

Artikel 111.

geschrapt

Artikel 112. Kraamzorg

A. Begunstigde

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten gunste van rechthebbende ouders, die een beroep op kraamzorg doen, volgens de modaliteiten die hieronder beschreven worden.

B. Voorwaarden

- De tegemoetkoming wordt per rechthebbende ouder toegekend, indien er sprake is van een bevalling van meerlingen
- De tegemoetkoming mag de werkelijke kosten niet overschrijden
- De kraamzorg moet verleend worden door een thuiszorgorganisatie of een gediplomeerde doula.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming is een vast bedrag van 5 euro per gepresteerd uur. Het aantal gepresteerde uren is beperkt tot 30 per rechthebbende ouder per kalenderjaar, het bedrag tot maximum 150 euro per rechthebbende ouder per kalenderjaar.

De maximale tussenkomst per kalenderjaar bedraagt 300 euro in geval de rechthebbende een alleenstaande ouder is.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming uit deze dienst wordt toegekend mits voorlegging van een factuur, waarop de gepresteerde uren duidelijk vermeld zijn.

Artikel 112 bis. Kinderopvang

A. Begunstigden

Rechthebbende ouders van kinderen van 0 tot en met 2 jaar die naar de kinderopvang gaan.

B. Voorwaarden

Er is enkel een tegemoetkoming:

- indien het kind naar een kinderopvangvoorziening gaat erkend door het ziekenfonds (zie bijlage).
- voor administratiekosten die worden aangerekend door de kinderopvang

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt maximaal 50,4 euro per kind per kalenderjaar.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van de factuur van het kinderdagverblijf of kan via derdebetalersregeling worden geregeld.

Artikel 112 ter Menopauzeconsulent

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan rechthebbenden die sessies volgen bij een menopauzeconsulent ter begeleiding van hun menopauze.

B. Voorwaarden

Er is enkel een tegemoetkoming indien de sessies gevolgd worden bij een door het ziekenfonds erkende menopauzeconsulent (bijlage).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 10 euro per sessie per rechthebbende tot maximaal 5 sessies per leven.

D. Bewijsstukken

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van het typeformulier van het ziekenfonds, naar behoren ingevuld en ondertekend door de menopauzeconsulent of een factuur.

Artikel 113. Dag- en nachtopvang zorgbehoevenden

A. Begunstigden

Alle zorgbehoevende rechthebbenden van het ziekenfonds die niet kinderbijslaggerechtigde zijn of geen recht hebben op een tegemoetkoming uit het Groeipakket, kunnen genieten van dit voordeel.

B. Voorwaarden

- De dagopvang dient te gebeuren in een erkend dagverzorgingscentra, een erkend dagverblijf of een zorghotel.
- Dagopvang kan tevens georganiseerd worden door de dienst voor gezinszorg, in het kader van collectieve autonome dagopvanginitiatieven.
- De nachtopvang dient plaats te hebben in een residentiële omgeving of aan huis door een verpleegkundige of door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, erkend door het "Agentschap Zorg & Gezondheid" van de Vlaamse Overheid.

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 6,5 euro per dag en/of per nacht met een maximum van 250 euro per rechthebbende per kalenderjaar.

Er is geen cumul mogelijk met het voordeel "kortverblijf".

D. Bewijsstuk

De terugbetaling gebeurt op basis van de factuur van de instelling of organisatie, die de dag- en/of nachtopvang uitvoerde.

Artikel 114. <u>Dienst kortverblijf</u>

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe voor een verblijf in een kortverblijf ten gunste van rechthebbenden van het ziekenfonds die tijdelijk of definitief hun zelfstandigheid verloren hebben.

B. Voorwaarden

- Er is enkel een tegemoetkoming voor een verblijf in een door de overheid erkend centrum kortverblijf

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming in de kostprijs van de erkende huizen bedraagt 15 euro per dag met een maximum van 28 dagen per kalenderjaar.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming wordt toegekend na voorlegging van de factuur van het kortverblijf.

Artikel 114 bis. <u>Mantelzorger</u>

A. Begunstigden

Deze dienst kent een tegemoetkoming toe aan de mantelzorgers aangesloten bij het ziekenfonds voor de aankoop van maaltijdboxen bij een door het ziekenfonds erkende derde.

B. Voorwaarden

- Er is enkel een tegemoetkoming voor officieel erkende mantelzorgers (met of sociaal recht) aangesloten bij het ziekenfonds.
- Er is enkel een tegemoetkoming voor aankopen bij een door het ziekenfonds erkende derde (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt 50 euro per kalenderjaar en kan maximaal 2 keer per leven worden verkregen.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkoming kan via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en de erkende derde.

Artikel 115. Uitlenen van materiaal

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert een dienst voor het huren/lenen van medisch en sanitair materiaal door zijn gerechtigden en personen ten laste die:

- ingevolge hun gezondheidstoestand, aangepast materiaal nodig hebben
- een familielid opvangen die om het even welke ziekte of handicap heeft.

Voor de organisatie van deze dienst heeft het ziekenfonds een samenwerking gesloten met de vzw Helan Zorgwinkel.

B. Voorwaarden

- Het materiaal werd gehuurd/geleend bij een door het ziekenfonds erkend uitleencentrum (zie bijlage).

C. Tegemoetkoming

Er worden geen financiële tussenkomsten verleend aan de begunstigden in het kader van deze dienst behalve wat betreft het afkolftoestel.

Voor dit afkolftoestel wordt een tussenkomst verleend vanuit de dienst tot 30% per rechthebbende per kalenderjaar voor de aankoop of de huur van het toestel.

D. Bewijsstuk

De tegemoetkomingen kunnen via derdebetalersregeling geregeld worden tussen het ziekenfonds en het erkende uitleencentrum.

Artikel 116. Personenalarmsysteem

A. Begunstigden

Het ziekenfonds organiseert voor zijn rechthebbenden een dienst personenalarmsysteem.
De dienst is toegankelijk voor de rechthebbenden van het ziekenfonds met een verminderd zelfredzaamheidvermogen. Het gaat om volgende personen:

- personen met een verhoogd valrisico
- personen met een verminderde alertheid
- personen met oriëntatieproblemen

Het ziekenfonds heeft voor de organisatie van deze dienst een samenwerking gesloten met de vzw Helan Zorgwinkel.

B. Voorwaarden

Onder "persoonalarmsysteem" dient verstaan een systeem dat tot doel heeft de veiligheid van de mensen te verzekeren wanneer zij vallen of onwel worden of bij een ongeval.

Meer concreet gaat het om een toestel dat door de betrokkene wordt gedragen en toelaat in contact te komen met een alarmcentrale. De alarmcentrale identificeert de oproep onmiddellijk, neemt contact op met de door de rechthebbende op voorhand aangeduide persoon die de vereiste hulp biedt en blijft in verbinding met de oproeper.

Om in aanmerking te komen voor deze dienst moet de rechthebbende of zijn vertegenwoordiger een uitleencontract voor personenalarmsysteem ondertekenen bij een door het ziekenfonds erkend uitleencentrum zoals geldt voor het voordeel "uitlenen van materiaal" (zie bijlage). De rechthebbende of zijn vertegenwoordiger betaalt vanaf de eerste dag de verschuldigde huurgelden. Er is geen medisch attest vereist.

De tegemoetkoming wordt enkel toegekend aan leden die een VKR (Voorkeursregeling) statuut hebben.

C. Tegemoetkoming

De toegekende tegemoetkoming is een vaste tegemoetkoming en bedraagt 2 euro per maand zonder overschrijding van het bedrag van de kosten ten laste van het lid en wordt uitbetaald aan het einde van het kalenderjaar.

Artikel 117. Dienst klantenverdediging

Het ziekenfonds organiseert voor haar rechthebbenden, een dienst voor juridisch advies onder de benaming "dienst klantenverdediging".

Deze dienst streeft de volgende doelstellingen na :

- de leden adviseren in hun geschillen met de hulpverleners en ziekenhuizen of eventueel in

hun vorderingen tegen hen in materies die betrekking hebben op gezondheid;
- aan de leden raad geven in materies die betrekking hebben op gezondheid over de beste manier om vergoeding van de behandeling en de waarborg van passende geldelijke voordelen te verkrijgen ;
- alle nuttige inlichtingen en informatie verstrekken met het oog op de verwezenlijking van bovenvermelde doelstellingen.
- indien nodig, bemiddeling organiseren met de zorgverleners en de ziekenhuizen

De dienst beperkt zich tot de doelstellingen zoals hierboven vermeld. Er worden geen financiële tussenkomsten verleend in het kader van deze dienst.

Het ziekenfonds neemt geen kosten ten laste in het kader van deze dienst.
Eventuele gemaakte kosten in het kader van deze dienst (erelonen, gerechtskosten), vallen volledig ten laste van de klant.

Artikel 118. Dienst patrimonium

Het ziekenfonds organiseert een dienst patrimonium die tot doel heeft de aankoop en de huur van de roerende en onroerende goederen te financieren die noodzakelijk zijn voor de goede werking van het ziekenfonds.

Voor de organisatie van deze dienst heeft het ziekenfonds een samenwerking in de zin van artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 afgesloten met de vzw Helanet.

Artikel 119. Sociale Dienst

A. Doel en begunstigden

De dienst heeft tot doel personen die zich door ziekte, handicap, financiële of sociale kwetsbaarheid in een probleemsituatie bevinden, alsook hun mantelzorgers, hulp- en dienstverlening te bieden om hun zelfredzaamheid te verhogen, maatschappelijke integratie en participatie te bevorderen en toegang tot maatschappelijke voorzieningen te ontsluiten.

De dienst geeft uitvoering aan het Vlaams woonzorgdecreet van 15 februari 2019.

Deze dienst richt zich tot iedereen.

B. Tussenkomst

De dienst verleent sociale en psychosociale hulp en verstrekt informatie en advies, in uitvoering van de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid.

Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend.

C. Voorwaarden

De dienst werkt overeenkomst de werkprincipes en richtlijnen vastgelegd in de desbetreffende reglementering van de bevoegde overheid, voor zover deze niet in strijd zijn met de wetten van 6 augustus 1990 en 26 april 2010.

D. Middelen

Voor de realisatie van de voordelen die niet behoren tot de uitvoering van de verplichte verzekering, wordt de dienst volledig gefinancierd met middelen die door de bevoegde overheid ter beschikking worden gesteld.

Artikel 120. Dienst informatie aan de klanten

De dienst Informatie aan de klanten wordt ingericht ten gunste van de rechthebbenden van het ziekenfonds.
De dienst heeft tot doel aan de leden de toegang tot informatie te verzekeren, dit om hen een beter inzicht te geven in de essentiële principes van de sociale reglementering en van de gezondheidsuitrustingen, met de bedoeling hen een verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen over een betere ten laste neming van hun gezondheid en hun welzijn in het algemeen.

De informatie aan de leden beoogt meer bepaald :

- de verplichte verzekering
- de aanvullende diensten en deze die het voorwerp uitmaken van een samenwerking met derden;
- gezondheidsvragen ;
- de actualiteit van de ZIV ;
- een goed gebruik van de sociale wetgeving en de sociale zekerheid ;
- een verbetering van de levenskwaliteit van de leden.

Artikel 121. Administratiekosten

1. Code 98/2

De dienst heeft tot doel bijdragen te innen, bestemd om een eventueel mali in administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bedoeld in artikel 195 §5, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 aan te zuiveren en dit in de mate van de geïnde bijdragen.
Aan de dienst worden ook de eventuele boni op de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 toegewezen.
Aan deze dienst (code 98/2) worden ook toegewezen de opbrengsten en kosten die door de Controledienst werden vastgesteld overeenkomstig de omzendbrief 14/04/D1 dd. 28/02/2014.

2. Code 98/1

De dienst staat in voor de volledige verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten die overeenkomstig artikel 74 en 75 van het K.B. van 21.10.2002 tot uitvoering van artikel 29, §1 en 5, van de wet van 6.8.1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen niet rechtstreeks toerekenbaar zijn aan de verplichte verzekering of aan een welbepaalde dienst of verrichting georganiseerd door het ziekenfonds.

De bijdrage heeft een verplicht karakter voor alle leden van het ziekenfonds zoals vermeld in artikel 2 B, van de statuten.

Artikel 122. <u>Landsbonddiensten</u>

Conform artikel 2 genieten rechthebbenden van het ziekenfonds de verplichte diensten verleend door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

Alle gerechtigden verplichte verzekering dienen daartoe een maandelijkse bijdrage over te maken aan het ziekenfonds. De bijdrage heeft een verplicht karakter.

Alle gerechtigden dienen, bovenop de reeds betaalde bijdrage als gerechtigde verplichte verzekering, nog een aanvullende maandelijkse bijdrage over te maken aan het ziekenfonds.

Hoofdstuk V. – Ontvangsten – Uitgaven – Toewijzing van de fondsen

Artikel 123. Boekhouding – Ontvangsten en uitgaven

Het ziekenfonds houdt zijn boekhouding bij, overeenkomstig de geldende wettelijke en reglementaire bepalingen ter zake.

Artikel 124. Toewijzing en belegging van het maatschappelijk vermogen

Het vermogen van het ziekenfonds mag niet voor andere doeleinden gebruikt worden dan deze die uitdrukkelijk in deze statuten beschreven staan.

De maatschappelijke fondsen worden belegd overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen ter zake.

Artikel 125. Buitengewone algemene vergadering bij ontoereikende inkomsten

Indien een dienst wegens ontoereikende inkomsten niet in staat is het hoofd te bieden aan de uitgaven die hij te dragen heeft, moet de Raad van Bestuur een Buitengewone Algemene Vergadering bijeenroepen om de door de toestand vereiste maatregelen te nemen.

Artikel 126. Afsluiten van de rekeningen

De rekeningen worden op 31 december van elk jaar afgesloten door de Raad van Bestuur, die ze aan de Algemene Vergadering moet voorleggen.

Artikel 127. Beheer van middelen van de verplichte Z.I.V.

Als gevolmachtigde van de landsbond beschikt het ziekenfonds bovendien over gelden in de wettelijke regeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Hoofdstuk VI. – *Samenwerkingen met derden*

Artikel 128. Samenwerkingen met derden

Met het oog op de verwezenlijking van de in artikel 2 van de statuten beoogde doelstellingen, kan het ziekenfonds samenwerken met derden.

De Raad van Bestuur brengt jaarlijks verslag uit bij de Algemene Vergadering over de samenwerking met derden, ongeacht de vorm van die samenwerking. Er wordt onder meer gerapporteerd over de manier waarop de financiële middelen van het ziekenfonds hiervoor werden ingezet.
De samenwerking beoogd in lid 1 slaat op de uitoefening van de opdrachten van de ziekenfondsen die hen toevertrouwd worden door of krachtens een wet, decreet of een ordonnantie, alsook de terbeschikkingstelling van middelen en prestaties door een verbonden entiteit voor een ziekenfonds of landsbond, om deze opdrachten te verwezenlijken.
Wanneer er samengewerkt wordt met een verbonden entiteit, zal het verslag dit ook stipuleren met vermelding van de aard van de relatie tussen het ziekenfonds en die derde.

Hoofdstuk VII. – Statutenwijzigingen – Fusie – Ontbinding en vereffening – Verdeling van de gelden

Artikel 129. Statutenwijzigingen

De statuten kunnen slechts gewijzigd worden door een speciaal hiervoor bijeengeroepen Algemene Vergadering die beraadslaagt overeenkomstig de wet van 6 augustus 1990.

Er kan tot statutenwijzigingen worden besloten indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissing met een twee/derde meerderheid van de uitgebrachte stemmen wordt genomen.

Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet bereikt is, kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden die geldig over dezelfde agenda beraadslaagt, ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden.

Artikel 130. Frequent wijzigende gegevens in lijsten gevoegd bij de statuten

Als bijlage bij de statuten wordt een lijst gevoegd van frequent wijzigende gegevens.
Het gaat om volgende bijlagen m.b.t. volgende artikelen:

	Artikel	Voordeel
1	75	Steunkousen
2	76	Thuiszorgmateriaal
3	77	Veiligheids- en preventiebonus
4	85	Diabetes
5	86	Obesitas
6	112 bis	Kinderopvang
7	107 bis	Heyo kampen
8	93	Leefstijladvies
9	112 ter	Menopauzeconsulent
10	98	Vakanties voor volwassenen
11	99	Dienst vrijwilligers
12	103	Dienstencheques
13	104	Ziekenvervoer
14	105	Zorgverblijven
15	107	Dienst jongeren
16	108	Oppas zieke kinderen

17	110	Korting babyuitzet/Kraamhotel
18	114 bis	Mantelzorger
19	115	Uitlenen van materiaal
20		Vergoedingen van de leden van de beheersorganen
21	84	Psychotherapie

Deze lijsten maken integraal deel uit van de statuten en kunnen gewijzigd worden door de Raad van Bestuur op voorwaarde dat:

- de beslissing van de Raad van Bestuur onmiddellijk aan de Controledienst wordt overgemaakt per aangetekend schrijven en ondertekend wordt door een verantwoordelijke van de betreffende mutualistische entiteit
- deze brief de datum van inwerkingtreding van deze beslissing vermeldt
- de wijzigingen, met terugwerkende kracht, naar aanleiding van de volgende Algemene Vergadering in de statuten wordt opgenomen.

Artikel 131. Fusie

Het ziekenfonds kan fuseren met een ander ziekenfonds dat deel uitmaakt van dezelfde landsbond.

De fusie maakt het voorwerp uit van een beraadslaging van de Algemene Vergadering die speciaal hiervoor bijeengeroepen is, overeenkomstig de bepalingen van het artikel 44 van de wet van 6 augustus 1990.

Artikel 132. Ontbinding en vereffening

Het ziekenfonds kan ontbonden worden op beslissing van de Algemene Vergadering die speciaal daarvoor bijeengeroepen is overeenkomstig de bepalingen van artikel 45 van de wet van 6 augustus 1990.

In geval van ontbinding is de procedure zoals uiteengezet in de artikels 45, 46, 46 bis, 47 en 48 van de wet van 6 augustus 1990 van toepassing.

Artikel 133. Toewijzing van de overblijvende activa

In geval van stopzetting en van ontbinding van één of meerdere diensten beoogd in artikel 2 B. van de statuten, worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden dit, overeenkomstig artikel 48 §1 van de wet van 6 augustus 1990.

Tijdens de duur van het bestaan van het ziekenfonds is elke verdeling van gelden verboden.

Hoofdstuk VIII. - Inwerkingtreding

Artikel 134. Inwerkingtreding

Deze statuten treden in werking op de door de Algemene Vergadering vastgestelde datum, mits goedkeuring van de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

Hoofdstuk IX. - Bijdragen

Artikel 135.

Overeenkomstig de omzendbrief 06/08/D1 van de Controledienst voor de Ziekenfondsen van 27/04/2006 geldt de bijdragentabel, elektronisch aangemaakt via het programma ETAC of via de webapplicatie MutWeb als opvolger ervan waarvan de praktische modaliteiten beschreven zijn in de omzendbrief 14/03/D1 van 27 februari 2014, als officiële bijdragentabel in aansluiting op de statuten.

Bijlagen

	Artikel	Voordeel
1	75	Steunkousen
2	76	Thuiszorgmateriaal
3	77	Veiligheids- en preventiebonus
4	85	Diabetes
5	86	Obesitas
6	112 bis	Kinderopvang
7	107bis	Heyo kampen
8	93	Leefstijladvies
9	112 ter	Menopauzeconsulent
10	98	Vakanties voor volwassenen
11	99	Dienst vrijwilligers
12	103	Dienstencheques
13	104	Ziekenvervoer
14	105	Zorgverblijven
15	107	Dienst jongeren
16	108	Oppas zieke kinderen
17	110	Korting babyuitzet/Kraamhotel
18	114bis	Mantelzorger
19	115	Uitlenen van materiaal
20		Vergoedingen van de leden van de beheersorganen
21	84	Psychotherapie

BIJLAGE 1 - artikel 75 – STEUNKOUSEN

Het ziekenfonds voorziet voor de rechthebbenden in een tussenkomst in de kosten van de aankoop van steunkousen.

Een van de voorwaarden voor een tegemoetkoming is de aankoop van de steunkousen in een door het ziekenfonds erkende thuiszorgwinkel.

Volgende thuiszorgwinkel wordt in dat kader erkend:

- Helan Zorgwinkel vzw, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

BIJLAGE 2 - artikel 76 –THUISZORGMATERIAAL

Het ziekenfonds verleent een tussenkomst aan de rechthebbenden die thuiszorgmateriaal aankopen bij een erkende thuiszorgwinkel.

Volgende winkels worden door het ziekenfonds erkend in het kader van dit voordeel:

A. <u>Voor alle producten:</u>
   - Vzw Helan Zorgwinkel, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5

B. <u>De aankopen van trapliften bij volgende leveranciers komen in aanmerking voor een tussenkomst:</u>
   - Stannah BVBA, met maatschappelijke zetel te 1731 Relegem, Poverstraat 94
   - Coopman Liften NV, met maatschappelijke zetel te 8520 Kuurne, Heirweg 123
   - Thyssenkrüpp Encasa NV, met maatschappelijke zetel te 9030 Mariakerke, Kaleweg 20
   - Otolift Trapliften BVBA, met maatschappelijke zetel te 9820 Merelbeke, Verlorenbroodstraat 120
   - Strobbe Mobility Solutions bv, met maatschappelijke zetel te 8870 Izegem, Ambachtenstraat 46.

BIJLAGE 3 - artikel 77 –
VEILIGHEIDS- EN PREVENTIEBONUS

Om een tegemoetkoming te ontvangen in het kader van veiligheid en preventie moeten de producten worden aangekocht bij volgende thuiszorgwinkel:

- Vzw Helan Zorgwinkel, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5

BIJLAGE 4 – artikel 85 – DIABETES

Om een tegemoetkoming te ontvangen in het kader van de dienst Diabetes moet het diabetesmateriaal worden aangekocht bij volgende thuiszorgwinkel:

- Vzw Helan Zorgwinkel, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5

BIJLAGE 5 - artikel 86 - OBESITAS

Volgende centra worden erkend door het ziekenfonds als centrum voor obesitaspatiënten:

1. Be4balance
   Koepoortstraat 6/9
   3545 Halen

2. Movimento
   Berchemweg 190
   9700 Oudenaarde

3. Mevrouw Els Vercruysse – Osteopaat
   Wielewaalstraat 2,
   8490 Jabbeke
   Erkenningsnummer 0936638000

4. Zeepreventorium
   Koninklijke baan 5
   8420 De Haan
   Ondernemingsnummer 0443.998.989

5. Programma Go4Fit
   VCLB Deinze
   Kattestraat 22 9800
   Deinze
   Ondernemingsnummer 0462.422.259

BIJLAGE 6 – artikel 112 bis - KINDEROPVANG

Volgend kinderdagverblijf wordt door het ziekenfonds erkend in het kader van artikel 112bis :

- Vzw Helan Kinderopvang, met zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

BIJLAGE 7 – 107– HEYO KAMPEN

Volgende organisatie wordt erkend door het ziekenfonds in het kader van deze dienst:

- Vzw Heyo (0877.974.714), met zetel te 9000 Gent, Kortrijksesteenweg 302

BIJLAGE 8 - artikel 93 – LEEFSTIJLADVIES

Volgende organisatie wordt erkend in het kader van deze dienst:

- Weight Watchers Belgium NV, met maatschappelijke zetel te 1040 Brussel, Justus Lipsiusstraat 25.

Enkel gezondheidscoaches die een erkende opleiding hebben gevolgd komen in aanmerking voor een tussenkomst.
De opleidingen die hiervoor in aanmerking komen zijn:

- HOWEST
  - Studierichting: Toegepaste Gezondheidswetenschappen (volledig en microdegree)
  - Studierichting: Sport en bewegen
- SYNTRA
  - Studierichting: Gezondheidscoach (dit zowel de 3-jarige avondopleiding als de 1,5 jarige dagopleiding).
- Thomas Moore
  - Studierichting: Sport en bewegen

BIJLAGE 9 – artikel 112 ter –
MENOPAUZECONSULENT

Volgende onderwijsinstelling wordt erkend door het ziekenfonds in het kader van de tegemoetkoming voor sessies gevolgd bij een menopauzeconsulent :

- Vives Healthcareschool te Kortrijk

BIJLAGE 10 - artikel 98 – VAKANTIES VOOR VOLWASSENEN

Het ziekenfonds voorziet voor haar rechthebbenden in een tussenkomst voor de vakanties voor personen met een zorgnood.

De volgende derde wordt door het ziekenfonds erkend in het kader van deze tussenkomst:

- WeTravel2

BIJLAGE 11 – artikel 99 – DIENST VRIJWILLIGERS

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw i-mens, met maatschappelijke zetel te 9052 Gent, Tramstraat 61.

BIJLAGE 12 – artikel 103 – DIENSTENCHEQUES

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw Helan Huishoudhulp, met zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

BIJLAGE 13 – artikel 104 – ZIEKENVERVOER

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw i-mens, met maatschappelijke zetel te 9052 Gent, Tramstraat 61.

BIJLAGE 14 - artikel 105 - ZORGVERBLIJVEN

	Koninklijke villa Oostende	Koningsstraat 79, 8400 Oostende
	Zorghuis Oostende	Pater Pirelaan 6, 8400 Oostende
	Aquamarijn	Binnenpad 4, 2460 Kasterlee
	Drie Eiken	Drie Eikenstraat 655, 2650 Edegem
	De Toekomst	Sint Kamielstraat 85, 9300 Aalst
	Residentie 't Neerhof	Nieuwstraat 69, 9660 Brakel-Elst
	Zorgdorp De Pastorij	Pastorijweg 2, 9450 Denderhoutem
	Het Namaste Huis	Veldestraat 57, 9850 Merendree
	Ter Lokeren	Zelebaan 97, 9160 Lokeren
	Zeecentrum Duneroze	Koninklijke Baan 90, 8420 De Haan
	Ravelijn	Diesterpoort 1, 3440 Zoutleeuw
	Eureka	August De Boeckstraat 54-56-58, 1140 Evere
	Melderthof	Pastorijstraat 22, 3560 Lummen
	Huis Coppens	Schietspoelstraat 16, 9900 Eeklo
	Centrum voor Herstelverblijf Reva Ter Sig	Aalstersestraat 40, 9280 Lebbeke
	Het Moutershof	Zep 7, 1861 Meise
	Lovenbos bv	Grote Baan 190, 9920 Lievegem

BIJLAGE 15 - artikel 107 – DIENST JONGEREN

Volgende derden worden erkend in het kader van de zorgvakanties binnen het voordeel Dienst jongeren:

- JKVG vzw (alias Hannibal)
- Sailability Vlaanderen vzw

BIJLAGE 16 – artikel 108 – OPPAS ZIEKE KINDEREN

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- vzw i-mens, met zetel te 9052 Gent, Tramstraat 61
- NV Manpower Personal Services met zetel te 1200 Sint-Lambrechts-Woluwe, Gemeenschappenlaan 110
- NV Nestor, met zetel te Kortrijksesteenweg 180 bus 5, 9830 Sint-Martens-Latem

BIJLAGE 17 - artikel 110 –Korting babyuitzet/Kraamhotel

Volgende winkels worden door het ziekenfonds erkend in het kader van dit voordeel voor de aankoop van producten:

- Vzw Helan Zorgwinkel, met maatschappelijke zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5.

Volgende derde wordt door het ziekenfonds erkend als kraamhotel in het kader van dit voordeel:

- vzw Babykraam, met zetel te 2018 Antwerpen, Belgiëlei 38.

BIJLAGE 18 – artikel 114 bis – MANTELZORGER

Volgende derden worden erkend in het kader van deze dienst:

- Smartmat nv, Dok Noord 6, 9000 Gent (foodbag)

BIJLAGE 19 – artikel 115– UITLENEN VAN MATERIAAL

Het ziekenfonds doet voor de organisatie van de uitleendienst beroep op volgende derden:

- Vzw Helan Zorgwinkel, met zetel te 2610 Wilrijk, Boomsesteenweg 5 (voor alle producten)

BIJLAGE 20 –VERGOEDINGEN LEDEN INSTANTIES

A. Leden van de Algemene Vergadering

Aan de leden van de Algemene Vergadering (inclusief raadgevers) zal een vergoeding worden uitbetaald voor de aanwezigheid op de Algemene Vergadering van 100 euro vacatiegeld per vergadering.

Daarnaast worden verplaatsingen terugbetaald voor het fysiek bijwonen van de vergaderingen aan de tarieven die overeenstemmen met die van het openbaar ambt. Deze kostenvergoeding kan niet gecumuleerd worden met gelijkaardige vergoedingen die worden toegekend voor de deelname, op dezelfde dag, aan andere vergaderingen die op dezelfde plaats doorgaan.

In geval van meerdere vergaderingen van verschillende instanties van dezelfde mutualistische entiteit op dezelfde dag of tijdens dezelfde halve dag, worden de vergoedingen uit het tweede lid slechts eenmaal uitbetaald.

Dit is ook het geval indien vergaderingen gecumuleerd worden van mutualistische entiteiten die aangesloten zijn bij of verbonden zijn met dezelfde landsbond.

Het is de Raad van Bestuur die heeft beslist om raadgevers van de algemene vergadering vergoedingen toe te kennen.

Het maximumaantal vergoedbare vergaderingen is 5 zittingen per jaar.

B. Leden van de Raad van Bestuur, Voorzitters en Comités

1. Leden van de Raad van Bestuur

Aan de leden van de Raad van Bestuur (inclusief raadgevers) zal een vergoeding toegekend worden voor hun aanwezigheid bij de vergadering van de Raad van Bestuur van 150 euro zitpenning per vergadering.

Het is de Raad van Bestuur die heeft beslist om raadgevers van de Raad van Bestuur vergoedingen toe te kennen.
Daarnaast worden verplaatsingen terugbetaald voor het fysiek bijwonen van de vergaderingen aan de tarieven die overeenstemmen met die van het openbaar ambt. Deze kostenvergoeding kan niet gecumuleerd worden met gelijkaardige vergoedingen die worden toegekend voor de deelname, op dezelfde dag, aan andere vergaderingen die op dezelfde plaats doorgaan.

In geval van meerdere vergaderingen van verschillende instanties van dezelfde mutualistische entiteit op dezelfde dag of tijdens dezelfde halve dag, worden de vergoedingen uit het tweede lid slechts eenmaal uitbetaald.

Dit is ook het geval indien vergaderingen gecumuleerd worden van mutualistische entiteiten die aangesloten zijn bij of verbonden zijn met dezelfde landsbond.

2. Voorzitter van de Raad van Bestuur

Aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds wordt een maandelijkse vergoeding betaald van 1.200 euro.
Die maandelijkse vergoeding aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur dekt:

- de voorbereiding van en de deelname aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur (inclusief de Comités waarvan hij lid is) en van de Algemene Vergadering
- alle andere opdrachten uitgeoefend in het kader van zijn mandaat
- de deelname aan formele en informele vergaderingen, met name met de directeur van het ziekenfonds, de directeur-generaal van MLOZ en de voorzitters van andere ziekenfondsen;

Verplaatsingen worden terugbetaald aan de tarieven die overeenstemmen met die van het openbaar ambt.

3. Leden van de Comités

Voor de aanwezigheid op een Comité (opgenomen in huidige statuten) wordt aan de leden van de Comités een vergoeding betaald van 250 euro zitpenningen per vergadering. Het betreft het benoemings-en remuneratiecomité, het beleggingscomité en het auditcomité, comités binnen de schoot van de Raad van Bestuur.

Verplaatsingen worden terugbetaald aan de tarieven die overeenstemmen met die van het openbaar ambt.

Het maximumaantal vergoedbare vergaderingen is 12 zittingen per jaar voor de personen die enkel in de Raad van Bestuur zetelen en 24 zittingen per jaar voor de personen die zowel in de Raad van Bestuur zetelen als in een of meer comités beoogd door artikel 23, § 2 van de wet van 6 augustus 1990 en die hernomen zijn in de huidige statuten.

C. Algemeen

Personen die dit wensen, mogen afstand doen van de in huidige bijlage opgenomen vergoedingen.

De bedragen opgenomen in huidige bijlage zijn brutobedragen.

De bedragen van de zitpenningen kunnen jaarlijks geïndexeerd worden op 1 januari op basis van de gezondheidsindex van juni 2024.

De zitpenningen worden enkel toegekend in geval van daadwerkelijke deelname aan de vergaderingen.

Personen, verbonden door een arbeidsovereenkomst met het ziekenfonds of met een andere entiteit aangesloten bij de landsbond van Onafhankelijke ziekenfondsen (zoals een MOB) kunnen geen vergoedingen ontvangen voor het bijwonen van vergaderingen.

BIJLAGE 21 – ARTIKEL 84– PSYCHOTHERAPIE

Volgende derde wordt erkend in het kader van deze dienst:

- BloomUp BV, Frankrijklei 133, 2000 Antwerpen

BIJDRAGETABEL

526 Datum goedkeuring : 12/09/2024 - Datum toepassing : 01/01/2025

Verplichte bijdragen

A. Eigen verplichte bijdragen

Cat. 1 Mutualistisch gezin zonder personen ten laste

Cat. 2 Mutualistisch gezin met personen ten laste

CODE	DIENSTEN	Akkoorden (aantal)	Art. van de statuten	(1)	CATEGORIEEN VAN LEDEN	
					Cat. 1	Cat. 2
15	Overige verrichtingen	4	70 - 117	*	**99,20**	**99,20**
	Subtotaal van de verrichtingen				**99,20**	**99,20**
37/01	Periodieke informatie aan de leden		120		1,56	1,56
37/02	Dienst Maatschappelijk werk		119		3,50	3,50
93	Patrimonium	1	118	*	10,50	10,50
98/1	Administratief centrum : verdeelcentrum				0,00	0,00
98/2	Administratief centrum :reserve administratiekosten verplichte verzekering		121		2,72	2,72
	TOTAAL				**117,48**	**117,48**

CODE	(1) rechtspersonen waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten	KBO Nummer
15	Helan Zorgwinkel vzw	0420.367.316
15	Icas Belgium BV	0670.462.515
15	Telehulp vzw	0429.828.576
15	Heyo vzw	0877.974.714
93	Helanet VZW	0409.792.237

	DIENSTEN VAN DE LANDSBOND					
15	Dringende zorgen buitenland				**6,12**	**6,12**
	TOTALE BIJDRAGE				**123,60**	**123,60**