

Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen
Statieplein 12
9300 Aalst

Statuten

Gecoördineerde versie van kracht op 1 januari 2020

De laatste wijzigingen aan deze gecoördineerde versie van de statuten werden:

- op **17 september 2019** beslist door de Algemene Vergadering van het NZVL;

De controledienst heeft de statutaire bepalingen goedgekeurd op 28 november 2019.

De bepalingen met een voorbehoud van de Controledienst staan onderstreept, vet- en schuingedrukt (indien van toepassing).

Het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (235) is aangesloten:

- bij de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website:
<http://www.neutrale-ziekenfondsen.be>
- bij de maatschappij van onderlinge bijstand Neutrale Zorgkas Vlaanderen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de website van het ziekenfonds:
<http://www.nzvl.be/statuten>
- bij de VMOB "Objectief Gezondheid Vlaanderen" (280/01);
<http://www.hospiplus.be>
- de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest (280/04);
<http://www.unmn-bruxelles.be/nl>
- de Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne (280/05).
<http://www.unmn-wallonie.be/fr>



UW PARTNER VOOR ZEKERHEID
NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN

STATUTEN

Gelet op de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, alsook de uitvoeringsbesluiten ervan;

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 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende verzekering en haar uitvoeringsbesluiten;

Na beraadslaging hebben de Algemene Vergaderingen samengekomen te Aalst op 04/09/2012 met het bij de wet vereiste quorum inzake aanwezigheid beslist de statuten van het ziekenfonds als volgt vast te leggen:

**Hoofdstuk I.
Stichting - Benaming - Doelstellingen - Maatschappelijke Zetel
Omschrijving**

ARTIKEL 1.

- a. Een mutualiteitsverbond is gesticht te Aalst op 28 oktober 1978 onder de benaming : "Vlaams Verbond van Neutrale Ziekenfondsen - " V.V.N.Z.". De erkenning gebeurde bij koninklijk besluit van 21 december 1978, Belgisch staatsblad van 20 januari 1979.

Bij beslissing van de Algemene Vergadering van 28 augustus 1991 werd de benaming gewijzigd in : "Vlaams Neutraal Ziekenfonds"
In zijn betrekkingen met derden kan het ziekenfonds gebruik maken van de afkorting "V.N.Z."

- b. Een mutualiteitsverbond werd gesticht te Leuven op 1 november 1901 onder de benaming "Fédération des sociétés de secours mutuels de l'arrondissement administratif de Louvain" (Verbond der maatschappijen van onderlinge bijstand van het bestuurlijk arrondissement Leuven).

De benaming "Verbond der Ziekenkassen van het Arrondissement Leuven" werd bekrachtigd bij K.B. van 22 januari 1925. Thans neemt zij de benaming aan van "Neutraal Ziekenfonds Brabant en Limburg".

In zijn betrekkingen met derden kan het ziekenfonds gebruik maken van volgende afkorting: "N.Z.B.L."

- c. Ingevolge de fusie van de organismen vermeld onder a. en b., neemt het nieuw ziekenfonds de benaming aan van "Vlaams Neutraal Ziekenfonds" met als identificatienummer 235.

In zijn betrekkingen met derden mag het ziekenfonds de afkorting "V.N.Z." gebruiken.
Het KBO-nummer van het ziekenfonds : 418.999.418

- d. Bij beslissing van de Algemene Vergadering van 4 september 2012 werd de benaming gewijzigd in : "NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN".
In zijn betrekkingen met derden kan het ziekenfonds gebruik maken van volgende afkorting : "NZVL".

ARTIKEL 2.

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 de toelating werd gegeven door de Landsbond waarbij het is aangesloten en het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand bij het vervullen van deze opdracht.

De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen brengt mee dat het ziekenfonds instaat voor de terugbetaling, hetzij rechtstreeks, hetzij via de betalende derde, van de geneeskundige verstrekkingen aan de leden of de personen te hunnen laste zowel op het vlak van artsen, tandartsen en paramedici alsmede opnamen in medico-sociale instellingen aan de leden of de personen te hunnen laste.

Bovendien omvat deze taak ook de begeleiding van bedoelde leden ten einde erop te waken dat hun kwalitatieve zorgen worden verzekerd en dat de toegang tot deze zorgen voor iedereen openstaat.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de uitbetaling van de uitkeringen aan de invalide werknemers en zelfstandigen, het uitbetalen van de uitkering wegens moederschapsrust, het tussenkomen in de begrafeniskosten, alsmede de voorlichting, begeleiding en bijstand die met deze activiteiten gepaard gaan.

Al deze werkzaamheden 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. De uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geschiedt onder de verantwoordelijkheid van de Landsbond.

Het ziekenfonds gaat de verbintenis aan zich te houden aan de bepalingen van de wet, de statutaire bepalingen en de richtlijnen van de Landsbond.

- B. In het kader van artikel 3 eerste lid b) en c) van de wet van 6 augustus 1990 en artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 het toekennen van tussenkomsten, voordelen en uitkeringen aan hun leden en de personen te hunnen laste en het verlenen van de nodige hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met betrekking tot:

- afdeling 1	logopedie (15)
- afdeling 2	voetverzorging (15)
- afdeling 3	tandzorgen (15)
- afdeling 4	Optisch Materiaal (15)
- afdeling 5	Diverse Prestaties (15)
- afdeling 6	Zorgverblijven (15)
- afdeling 7	Kortverblijf en dagopvang (15)
- afdeling 8	Thuisoppas zieke kinderen (15)
- afdeling 9	Kraamhulp (15),

- afdeling 10	Uitleendienst (15)
- afdeling 11	Ziekenvervoer (15),
- afdeling 12	Geboorte- en adoptie (15),
- afdeling 13	Jeugddienst en speelpleinwerking (15)
- afdeling 14	Gezondheidsopvoeding en preventie (15)
- afdeling 15	Dienst Maatschappelijk werk (37)
- afdeling 16	Administratief centrum en patrimonium (98/2 en 93)

De hierboven vermelde diensten en verrichtingen vormen de aanvullende verzekering en zijn verplicht. De aansluiting bij één dienst van de aanvullende verzekering houdt de automatische aansluiting bij alle aanvullende diensten en verrichtingen van het ziekenfonds en de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen in.

De prestaties in het kader van deze diensten en verrichtingen worden aangeboden volgens de beschikbare middelen.

Het administratief verdeelcentrum (98/1) staat in voor de volledige verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten en opbrengsten van de diensten beoogd in artikels 3, 1ste lid, b) en c), en 7, §§ 1 en 4, van de wet van 6 augustus 1990 en de verplichte verzekering, die niet rechtstreeks ten laste van één of verschillende van de bovenvermelde diensten of de verplichte verzekering gelegd kunnen worden.

ARTIKEL 3.

De maatschappelijke zetel van het ziekenfonds is gevestigd te AALST Statieplein 12 en haar werkingsgebied strekt zich uit over het volledig Belgisch grondgebied.

De maatschappelijke zetel van het ziekenfonds is gelegen in het gerechtelijk arrondissement "Dendermonde".

Het ziekenfonds richt zich tot personen welke in België hun hoofdverblijfplaats hebben, alsmede tot :

- De personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, doch onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid.
- de Belgische militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven, indien zij aan Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn;
- de personen die voor de verplichte verzekering aangesloten zijn bij de Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering;
- de personen die voor de verplichte verzekering aangesloten zijn bij de Kas der Geneeskundige Verzorging van de HR Rail;
- de personen die voor de verplichte verzekering aangesloten zijn bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) Stelsel voor Overzeese Sociale Zekerheid);
- de ambtenaren van internationale instellingen (Shape, Navo, Eu, VN,...) die voor de verplichte verzekering afhangen van een stelsel dat voor hen opgericht werd;
- de personen die niet meer aan de verplichte verzekering onderworpen zijn in gevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van de Belgische regering.

ARTIKEL 4.

- Het ziekenfonds is aangesloten bij de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen gevestigd te Brussel, Charleroisesteenweg 145.
- Het ziekenfonds is toegetreden tot de VMOB "Objectief Gezondheid Vlaanderen", afgekort O.G.V., gevestigd te Aalst, Statieplein 12.(CDZ-nr.280/01)
- Het ziekenfonds is eveneens toegetreden tot de "MOB Neutrale Zorgkas Vlaanderen" afgekort N.Z.V., gevestigd te Aalst, Statieplein 12. (CDZ-nr.280/03)
- De Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest" (280/04)
- Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région wallone (280/05)

ARTIKEL 5

Het ziekenfonds is opgesplitst in administratieve afdelingen "regio's" genaamd, nl. :

- regio West-Vlaanderen (postcodes 8000 tot 8999)
- regio Oost-Vlaanderen, Brussel en West Vlaams Brabant (postcodes 1000 tot 1999 en 9000 tot 9999)
- regio Oost Vlaams Brabant, Antwerpen (postcodes 2000 tot 3499) regio Limburg (postcodes 3500 tot 3999)
- leden woonachtig in de Waalse regio's (postcodes 4000 tot 7999) worden toegevoegd aan de regio Oost-Vlaanderen, Brussel en West Vlaams Brabant.

Hoofdstuk II **Aansluiting , Ontslag en Uitsluiting van Leden.**

Artikel 6. 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 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 maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (280/03) en nieuw opgerichte "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région Wallonne"(280/05) en "Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest"(280/04) waarbij het ziekenfonds is aangesloten, voor zover dergelijke aansluiting verplicht is gemaakt.

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 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.

De persoon die, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, aangesloten is bij het ziekenfonds slechts 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), is ambtshalve aangesloten bij de diensten:

- van de landsbond 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);
- van de maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (280/03) en nieuw opgerichte "Société Mutualiste régionale de l'Union Nationale des Mutualités Neutres pour la Région Wallonne" en "Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest" waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

§ 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).

§ 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), en 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 voorhuwelijks sparen, 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 waarbij het ziekenfonds is aangesloten, wanneer de aansluiting bij deze 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 "HospiPlus" (250/01), waarbij het ziekenfonds is aangesloten/waarvan het ziekenfonds een afdeling uitmaakt.

Artikel 6bis. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering

Onder "aanvullende verzekering" van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen 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 van onderwerping aan de verplichte verzekering, met andere woorden van de maand waarin hij een van de hoedanigheden verwerft bedoeld in artikel 32, 1° tot 16°, 20° tot 22°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
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 6, § 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.

Artikel 7. 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 5bis, 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 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 de Neutrale Ziekenfondsen;
- de mogelijkheid om de voordelen voorzien door de statuten van de maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" waarbij het ziekenfonds is aangesloten, te genieten. Hiervoor wordt verwezen naar de statuten van deze maatschappij van onderlinge bijstand;
- de mogelijkheid om de verzekeringswaarborg die het lid heeft onderschreven bij de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand "VMOB HospiPlus" 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 verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering. Er kan geen compensatie gebeuren tussen de onbetaalde bijdragen van de aanvullende verzekering en de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 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 6bis:

- 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.

Het lid dat op 31 december 2018 kan genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering, wordt, tot bewijs van het tegendeel, verondersteld in regel zijn met zijn bijdragen voor het eerste trimester van 2019.

2° voor de periode van 23 maanden die voorafgaat.

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°.

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 gerechtigde 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 periode van "herstel van het recht" bedoeld in § 4, lid 5, 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.

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.

Het lid dat in regel is met zijn bijdragen sinds 1 januari 2019, wordt verondersteld, tot 31 december 2020, in regel te zijn met zijn bijdragen voor het deel voorafgaand aan 1 januari 2019, om te bepalen of hij aanspraak kan maken op de uitkering van een voordeel omwille van een gebeurtenis die zich heeft voorgedaan na 31 december 2018. 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 5bis, vijf jaar na het einde van de maand waarop de onbetaalde bijdragen betrekking hebben, verjaart.

§ 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 6bis, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23^e 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.

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 het recht" 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.

§ 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 6bis, voor een periode die 24 maanden overstijgt, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten omwille van een gebeurtenis die zich voordoet, opgeheven.

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 de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde 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 23 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 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 in de zin van artikel 6bis na een opeenvolgende periode van 24 maanden waarvoor de bijdragen voor deze diensten moeten betaald geweest zijn zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten.

De periode van 24 maanden bedoeld in het vorig lid wordt opgeschort:

- 1° gedurende de periode 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 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 periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, ononderbroken aangesloten is geweest als gerechtigde bij verschillende Belgische ziekenfondsen, worden de 24 maanden 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.

In geval van onderbreking van de aansluiting als gerechtigde bij een Belgisch ziekenfonds na het begin van de periode van "herstel van het recht" bedoeld in het vijfde lid, schort de

onderbrekingsperiode deze periode van 24 maanden 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.

Artikel 8. Terugbetaling van voordelen van de aanvullende verzekering die onterecht zijn toegekend

De vordering tot terugbetaling van de waarde van de ten onrechte verleende financiële tegemoetkomingen en uitkeringen in het kader van de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6bis, 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.

Hoofdstuk III. Categorieën van Leden.

ARTIKEL 9.

In dit artikel verstaat men onder 'aanvullende verzekering': de prestaties van diensten en verrichtingen ingericht door het ziekenfonds en de landsbond.

Om te genieten van de voordelen toegekend door de bij de onderhavige statuten georganiseerde diensten en verrichtingen, behoren de leden tot één van de hierna volgende categorieën:

1. De personen die voor de verplichte verzekering, sector 'geneeskundig verzorging' en/of 'uitkeringen', georganiseerd door de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering en voor de aanvullende verzekering bij ons ziekenfonds zijn aangesloten. Voor de aanvullende diensten, beschreven onder hoofdstuk V, moeten deze personen in regel zijn met de betaling van hun ziekenfondsbijdrage. De bijdrage is verschuldigd door elk mutualistisch gezin in de zin van het KB van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid van de wet van 26 april 2010.

2. De personen die voor de verplichte verzekering, sector 'geneeskundige verzorging' en/of 'uitkeringen', georganiseerd door de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering, aangesloten zijn bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering of bij de Kas voor Geneeskundige Verzorging van HR Rail.

Voor de aanvullende diensten, beschreven onder hoofdstuk V, moeten deze personen in regel zijn met de betaling van hun ziekenfondsbijdrage. De bijdrage is verschuldigd door elk mutualistisch gezin in de zin van het KB van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid van de wet van 26 april 2010.

3. De personen die voor de verplichte verzekering, sector 'geneeskundige verzorging' en/of 'uitkeringen', ten laste staan van een ander nationaal (gedetineerden ten laste van Justitie en het RSZ Stelsel Overzeese Sociale Zekerheid, of supranationaal (Navo, Shape, EU, VN) ziekte- en Invaliditeitssysteem, evenals de personen die niet meer aan de verplichte verzekering zijn onderworpen ingevolge een opdracht in het buitenland voor rekening van een Belgische regering en de grensarbeiders die niet

onderworpen zijn aan de verplichte verzekering, op voorwaarde evenwel dat ze in België verblijven. Voor de aanvullende diensten, beschreven onder hoofdstuk V, moeten deze personen in regel zijn met de betaling van hun ziekenfondsbijdrage om te kunnen genieten van de voordelen. De bijdrage is verschuldigd door elk mutualistisch gezin in de zin van het KB van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid van de wet van 26 april 2010.

Hoofdstuk IV . Organen van het Ziekenfonds.

Afdeling 1 : De Algemene Vergadering

Samenstelling

ARTIKEL 10.

De Algemene Vergadering is samengesteld uit één vertegenwoordiger per volledige schijf van 1000 leden bedoeld bij artikel 2, § 3, eerste lid van de wet van 6 augustus 1990.

Deze vertegenwoordigers worden door de leden en de personen te hunnen laste verkozen voor een hernieuwbare periode van zes jaar.

Hetzelfde kiescollege kan eveneens plaatsvervangers verkiezen voor de Algemene Vergadering.

Kiesomschrijvingen.

ARTIKEL 11.

Voor het verkiezen van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering wordt het ziekenfonds opgedeeld in kiesomschrijvingen, overeenstemmend met de regio's, opgesomd in artikel 5 van deze statuten.

De leden en de personen te hunnen laste dewelke deel uitmaken van de regio vormen het kiescollege van de kiesomschrijving.

ARTIKEL 12.

Binnen de kiesomschrijving verkiezen de leden en de personen te hunnen laste, die stemgerechtigd zijn het aantal vertegenwoordigers dat aan de regio toegekend wordt in evenredige verhouding met hun aantal leden, met in acht name van het volgende :

- Elke regio heeft recht op één mandaat zelfs als zij minder dan 1.000 (duizend) leden telt.
- Eerst worden van het voorziene totaal aantal vertegenwoordigers deze van ambtswege toegekende mandaten afgetrokken.. De rest wordt tussen de andere regio's evenredig verdeeld op grond van het stelsel "Imperiali".

Voorwaarden : Kiesrecht en Verkiesbaarheid.

ARTIKEL 13.

1. Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de leden van de Algemene Vergadering :
 - a. Moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste van een lid hebben ;
 - b. Moet men meerderjarig of ontvoogd zijn ;
 - a. Wanneer het een lid betreft, moet dit lid in regel zijn met zijn bijdragen aan het ziekenfonds ;
 - b. Wanneer het een persoon ten laste betreft, moet het lid van wie deze persoon ten laste is, in regel zijn met de bijdragen aan het ziekenfonds.
2. Om verkiesbaar te zijn als lid voor de Algemene Vergadering moeten de leden of de personen ten laste:
 - a. stemgerechtigd zijn ;
 - b. van goed zedelijk gedrag zijn en niet ontzet uit hun burgerrechten ;

- c. sedert ten minste één jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds op datum van het afsluiten van de kiezerslijsten.
- d. niet bezoldigd zijn onder welke vorm dan ook door het betrokken ziekenfonds, door de Landsbond, door een maatschappij van onderlinge bijstand bedoeld in artikel 43 bis van de wet van 6 augustus 1990 waarbij het betrokken ziekenfonds is aangesloten of door een rechtspersoon waarmee het betrokken ziekenfonds een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten overeenkomstig artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990.
- e. Niet ontslagen zijn als personeelslid van bovengenoemde organen om andere reden dan opruststelling of conventioneel brugpensioen.
- f. De regels d. en e. zijn eveneens van toepassing op de echtgeno(o)t(e) van of de samenwonende, de personen ten laste van een bezoldigd personeelslid en alle familieleden tot de eerste graad.

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

Verkiezingsprocedure.

ARTIKEL 14.

Bij middel van publicatie, bestemd voor de leden van het ziekenfonds of per individuele brief worden zij en de personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoogd zijn, op de hoogte gebracht van :

- a. de oproep tot en de wijze van kandidaatstelling ;
- b. de uiterste datum voor de indiening van de kandidaturen ;
- c. de indeling in kiesomschrijvingen en het aantal mandaten per kiesomschrijving ;
- d. de data die voorvloeien uit de verkiezingsprocedure.

De leden of hun personen ten laste die zich wensen kandidaat te stellen beschikken over een termijn van vijftien kalenderdagen te tellen vanaf de datum waarin de oproep tot de kandidaturen verzonden werd (de poststempel dient hierbij als bewijs).

ARTIKEL 15.

De kandidaatstelling gebeurt per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds.

Wanneer de voorzitter vaststelt dat de kandidaat niet voldoet aan de in artikelen 13 en 14, tweede lid, gestelde voorwaarden, deelt hij per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering mee om hem op de lijst te plaatsen.

Deze weigering is gebonden aan een termijn van vijftien kalenderdagen vanaf de dag na de datum waarop de kandidatuur verzonden werd.

De kandidaat die deze weigering betwist kan beroep doen op de controledienst volgens de regels vastgelegd in artikel 36 van het K.B. van 7 maart 1991.

ARTIKEL 16.

Per kiesomschrijving wordt een alfabetische lijst opgemaakt van de effectieve kandidaten, eventueel van de plaatsvervangers. Deze lijsten worden overgemaakt aan het kiesbureau.

ARTIKEL 17.

De verkiezingsdatum, de regels van de stemprocedure, alsmede de lijst van de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen zullen via de vroeger geciteerde publicaties of per brief aan de stemgerechtigde personen worden medegedeeld binnen een maximum termijn van negentig dagen te rekenen vanaf de datum van de oproep tot de kandidaten.

Zij hebben geen recht te beschikken over de lijsten der stemgerechtigden.

De verkiezing gebeurt ten laatste binnen de dertig kalenderdagen volgend op deze mededeling.

Kiesbureau.

ARTIKEL 18.

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

De voorzitter en de bijzitters worden aangeduid door de Raad van Bestuur. De secretaris wordt aangewezen door de voorzitter ad hoc, en is te kiezen uit de personeelsleden van het ziekenfonds. De kandidaten voor de verkiezing mogen geen deel uitmaken van het kiesbureau. Het kiesbureau neemt de nodige maatregelen om het regelmatig verloop van de kiesverrichtingen te verzekeren.

Voor elk stembureau duidt de voorzitter van het kiesbureau een secretaris aan, te kiezen uit het personeelsbestand van het ziekenfonds, teneinde ter plaatse toezicht uit te oefenen op de kiesverrichtingen bij de stembureaus.

Opstellen van de Kiezerslijsten en het Stembiljet.

ARTIKEL 19

De kiezerslijsten worden opgesteld per kiesomschrijving.

De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten. De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. Zij vermelden : naam, voornaam, lidnummer en adres van elke kiezer.

De kiezerslijsten worden definitief afgesloten op het einde (laatste dag) van het kwartaal dat voorafgaat aan dit waarin de verkiezingsperiode start.

Het kiesbureau stelt op grond van de kandidatenlijsten (effectieven , eventueel plaatsvervangers) per kiesomschrijving een stembiljet op.

Elke secretaris van een stembureau krijgt een vooraf getelde voorraad stembiljetten tegen afgifte van een door hem ondertekend formulier voor dat doel ontworpen.

Bij de stemming wordt elk stembiljet door de secretaris gevalideerd door het aanbrengen van de stempel van het ziekenfonds op de rugzijde. Voor de kiezers per brief wordt het stembiljet op dezelfde wijze voorafgaandelijk gevalideerd.

De stemming

ARTIKEL 20

De stemming is niet verplicht.

De stemming is geheim.

De stemming gebeurt per brief of in één der stembureaus van het kiesgebied waartoe de kiezer behoort. Kiezers woonachtig in een gemeente waar een stembureau is ingericht zijn verplicht hun stem te gaan uitbrengen in dit bureau.

Zij kunnen evenwel een schriftelijk verzoek richten aan het kiesbureau om schriftelijk te mogen stemmen. Kiezers woonachtig in een gemeente waar geen stembureau is ingericht, kunnen schriftelijk stemmen.

A. Stemming per brief :

Aan deze kiezers stuurt de voorzitter van het kiesbureau ten minste 10 kalenderdagen voor de verkiezingsdag een oproepingsbrief en een stembiljet. Het afgestempeld 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 bestemming" wordt bij de zending gevoegd en draagt het volgende opschrift "aan de Voorzitter van het Kiesbureau Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen" Statieplein 12, 9300 Aalst. Deze omslag vermeld op de rugzijde de identiteit van de afzender, zijn adres, zijn sectie 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 tweede omslag, voorzien van het voorgedrukt adres de gesloten blanco omslag met erin het stembiljet, terug aan het kiesbureau. Deze zending moet aankomen voor de sluiting van de stemming en wordt in een daartoe bestemde verzegelde bus bewaard in het ziekenfonds onder toezicht van de secretaris van het kiesbureau.

B. Stemming in een stembureau :

De stemming gebeurt in een stembureau ingericht in één of meer gemeenten van de kiesomschrijving .De kiezers worden in het ledenblad of per brief ten minste 10 kalenderdagen voor de verkiezingsdatum (data) in kennis gesteld van de ligging van het stembureau en van de uren waarop zij hun stem kunnen uitbrengen.

De secretaris van het stembureau noteert en verifieert de identiteit van de kiezers, die zich aanbieden en gaat na of ze voorkomen op de kiezerslijsten, en stipt aan.

De secretaris bezorgt dezelfde dag, na het sluiten van het stembureau, de verzegelde bus met de uitgebrachte stemmen aan de voorzitter van het hoofdbureau evenals het formulier met alle rubrieken ingevuld.

ARTIKEL 21.

De kiezer mag niet meer dan één stem uitbrengen, stemmen met volmacht is niet toegelaten. De stem wordt uitgebracht achter de naam en voornaam van de effectieve kandidaat en/of plaatsvervanger aan wie de kiezer zijn stem wil geven, door het inkleuren van het stemvakje.

Telling van de stemmen

ARTIKEL 22.

Binnen de zeven werkdagen na de verkiezingsdag gaat het bureau over tot de telling van de uitgebrachte stemmen. De vertegenwoordigers worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen van meerdere kandidaten voor het laatst toe te kennen mandaat, met in acht name van artikel 16 is de volgorde op de lijst bepalend.

Zijn ongeldig :

- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer werden overhandigd ;
- stembiljetten waarop meer dan één stem werd uitgebracht ten voordele van effectieve en/of plaatsvervangende kandidaten;
- stembiljetten waarop niet werd gestemd ;
- stembiljetten waarvan de vorm of de afmetingen veranderd zijn, die binnenin een papier of enig voorwerp bevatten, die de kiezer herkenbaar maken door : een teken, een doorhaling of een merk.

Het kiesbureau stelt een proces-verbaal op van de kiesverrichtingen met opgave van het aantal uitgebrachte stemmen, het aantal geldige stemmen, de wijze van controle van de identiteit van de kiezers, de uitslag van de stemming.

Al deze gegevens dienen in het proces-verbaal per kiesomschrijving gerubriceerd.

De kiesomschrijvingen waar geen verkiezingen werden gehouden ingevolge toepassing van artikel 23 van deze statuten worden eveneens opgenomen in het proces-verbaal..

Vrijstelling van het Organiseren van Verkiezingen.

ARTIKEL 23.

Wanneer het aantal kandidaten in een kiesomschrijving gelijk is aan, of kleiner dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan zijn de kandidaten automatisch verkozen (idem eventueel voor de plaatsvervangers).

Mededeling van de Uitslag.

ARTIKEL 24.

De leden en de stemgerechtigde personen te hunnen laste worden bij middel van de reeds vroeger aangeduide publicaties of per brief ingelicht over de uitslag van de verkiezingen, uiterlijk vijftien kalenderdagen na de dag van de stemming.

De kandidaat die de uitslag betwist kan beroep doen op de controledienst overeenkomstig artikel 36 van het K.B. van 7 maart 1991.

Overmaken van de Documenten aan de Landsbond en de Controledienst.

ARTIKEL 25.

Een exemplaar van de publicaties bedoeld in de diverse artikels van deze statuten, de oproepingsbrief, een exemplaar van het kiesreglement, de samenstelling van het kiesbureau (beslissing) en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen worden medegedeeld zowel aan de Landsbond waar het ziekenfonds bij aangesloten is, als aan de Controledienst.

Dit dient te gebeuren dertig kalenderdagen na het afsluiten van de verkiezingsperiode.

Installatie van de nieuwe Algemene Vergadering.

ARTIKEL 26.

De nieuwe Algemene Vergadering wordt geïnstalleerd binnen een termijn van maximum dertig kalenderdagen na de datum van het afsluiten van de verkiezingsperiode.

De dagorde wordt opgesteld door de Raad van Bestuur en omvat alle punten opgesomd in de wet, de uitvoeringsbesluiten en de statuten om zodoende de continuïteit en het verder bestuur van het ziekenfonds te verzekeren.

Het oudste in jaren verkozen lid, neemt voorlopig het voorzitterschap waar en wordt bijgestaan door de twee jongste leden als stemopnemers en een directielid als secretaris (geen stemrecht).

De Algemene Vergadering wordt voorgezeten door de Voorzitter van de Raad van Bestuur.
De ondervoorzitters van de raad van bestuur wonen de vergadering bij met raadgevende stem indien niet verkozen.

Een beroep bij de controledienst schorst de voorziene periode van dertig dagen.

De vervanging van overleden, aftredende of afgezette vertegenwoordigers gebeurt bij de eerste Algemene Vergadering door het oproepen van de plaatsvervanger op de desbetreffende regio-kandidatenlijst.

Bevoegdheden van de Algemene Vergadering.

ARTIKEL 27.

De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de aangelegenheden bedoeld in artikel 15 van de wet van 6 augustus 1990 en volgens de regels opgesomd in artikel 16, 17 en 18 van dezelfde wet. Hierna de opsomming van deze aangelegenheden :

- A.
 - 1. de statutenwijzigingen;
 - 2. de verkiezing en de afzetting van de bestuurders ;
 - 3. de goedkeuring van de begrotingen en jaarrekeningen ;
 - 4. de aanstelling van één of meer bedrijfsrevisoren ;
 - 5. de samenwerking met de publiek- of privaat rechterlijke rechtspersonen, bedoeld in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990 ;
 - 6. de inrichting en de groepering van diensten in een door artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990, bedoelde M.O.B.
 - 7. de fusie met een ziekenfonds ;
 - 8. de verkiezing van de vertegenwoordigers van het ziekenfonds in de algemene vergadering van de Landsbond en van de maatschappijen van onderlinge bijstand waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
 - 9. de zitpenningen en de verplaatsingskosten toegekend aan de leden van de statutaire organen van het ziekenfonds;
 - 10. de mutatie naar een andere Landsbond ;
 - 11. de ontbinding van het ziekenfonds en de handelingen betreffende de vereffening van het ziekenfonds.
- B. De algemene vergadering mag aan de Raad van Bestuur de bevoegdheden delegeren te beslissen over de aanpassingen der bijdragen. Deze gebeurlijke delegatie is geldig voor één jaar en is hernieuwbaar.
- C. De Algemene Vergadering wordt door de bestuurders bijeengeroepen in de gevallen bepaald door de wet van 6 augustus 1990 of in de statuten, alsook wanneer één vijfde van de leden van de Algemene vergadering erom verzoekt.

De bijeenroeping gebeurt bij individueel bericht of in een publicatie verspreid over alle leden van de Algemene Vergadering door het ziekenfonds. Dit bericht moet verstuurd of gepubliceerd worden uiterlijk twintig dagen voor de datum van de Algemene vergadering en

bevat tevens de agenda van de Algemene vergadering.

- D. De Algemene vergadering wordt tenminste éénmaal per jaar, in de loop van het 1ste semester, samengeroepen met het oog op de goedkeuring van de jaarrekeningen en de begroting.

Elk lid moet uiterlijk acht dagen voor de datum der Algemene Vergadering over documentatie beschikken die de volgende gegevens bevat :

- 1) het activiteitenverslag van het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de werking van de verschillende diensten.
- 2) de opbrengst van de ledenbijdragen en hun wijze van aanwending, opgesplitst over de verschillende diensten. Tevens dient vermeld of iedere statutaire dienst beschikt over de door de wet voorziene reserves;
- 3) het ontwerp van de jaarrekeningen omvattende de balans, de resultatenrekening en de toelichting alsmede het verslag van de revisor ;
- 4) het ontwerp van begroting voor het volgend dienstjaar zowel globaal als opgesplitst over de verschillende diensten;
- 5) het verslag over de uitvoering van de gesloten samenwerkingsakkoorden.

Elk lid kan, op aanvraag, een synthese van de in het tweede lid opgesomde documentatie bekomen.

- E.
- 1) De beslissingen van de Algemene Vergadering worden geldig genomen indien minstens de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en bij eenvoudige meerderheid (onthoudingen worden niet meegeteld) van de uitgebrachte stemmen, behalve in de gevallen wanneer de wet of deze statuten het anders bepalen.
 - 2) Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet bereikt is, wordt een tweede Algemene Vergadering samengeroepen die geldig beraadslaagt, welke ook het aantal aanwezige leden is en welke ook het voorwerp van de beraadslaging is.
 - 3) Een lid van de Algemene Vergadering dat in de onmogelijkheid verkeert om de vergadering bij te wonen, kan volmacht verlenen aan een ander lid van de Algemene Vergadering op voorwaarde dat de gevolmachtigde aanwezig is op de vergadering. Elk lid beschikt over één stem en, gebeurlijk, over maximum één volmacht.
 - 4) Bij staking van stemmen is de stem van de Voorzitter doorslaggevend, behalve in geval van geheime stemming.

- F. Verliezen bij beslissing van de Algemene Vergadering hun hoedanigheid van afgevaardigde:

1. degenen die een lid van de Raad van Bestuur in de uitoefening van zijn ambt belasteren;
2. degenen die een afgevaardigde tijdens een vergadering beledigen;
3. degenen die door hun daden de belangen van het ziekenfonds schaden;
4. degenen die weigeren zich te voegen naar de statuten en speciale reglementen van het ziekenfonds;
5. degenen die een voorwaardelijke, in kracht van gewijsde gegane veroordeling hebben opgelopen wegens eerroof, wegens een aanslag op de goede zeden, wegens verduistering, wegens valsheid in geschrifte en gebruik van valse stukken;
6. degenen die een ongeregeld en onmiskienbaar schandelijk gedrag hebben.
7. degenen die ontslag nemen als lid van het ziekenfonds.

- G. De revisor brengt 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 is vastgesteld voor een hernieuwbare periode van drie jaar. De revisor woont de Algemene Vergadering bij als deze beraadslaagt over een door hem opgemaakt verslag. De revisor heeft het recht op de Algemene Vergadering het woord te voeren met betrekking tot de vervulling van zijn taak.

Afdeling 2. Verkiezing van Vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering van de Landsbond

ARTIKEL 28.

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

ARTIKEL 29.

De afgevaardigden worden verkozen door de Algemene Vergadering.

ARTIKEL 30.

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

ARTIKEL 31.

De stemming is geheim. Elk lid van de Algemene Vergadering heeft één stem. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen. Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat, wordt dit mandaat toegekend aan de oudste kandidaat.

De vervanging van overleden, aftredende of afgezette afgevaardigden heeft plaats in de eerst volgende Algemene Vergadering en verloopt volgens de hierboven beschreven procedure. De op deze wijze verkozen afgevaardigde voleindigt het mandaat van degene die hij vervangt.

Afdeling 2bis. Verkiezing van Vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering van de V.M.O.B. en M.O.B.'s waarbij het ziekenfonds is aangesloten

ARTIKEL 32.

De vertegenwoordigers van de leden en de personen ten laste die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de MOB VNZ (280/04) en NZV (280/03) en de VMOB OGV (250/01) moeten hun kandidatuur per aangetekende brief richten tot de voorzitter van het ziekenfonds en uiterlijk vijftien dagen voor de datum van de Algemene Vergadering die de stemming zal uitvoeren.

De afgevaardigden worden verkozen door de Algemene Vergadering van het ziekenfonds, op basis van de lijst van de kandidaturen die geldig ingediend zijn, opgesteld door de Raad van Bestuur.

De voorzitter stelt een alfabetische lijst op van de geldige kandidaturen.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeben mandaten, vindt er een geheime stemming plaats. Elk lid van de Algemene Vergadering heeft één stem. De kandidaten worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

Bij gelijkheid van stemmen tussen meerdere kandidaten voor het laatste mandaat wordt dit mandaat toegekend aan de jongste in leeftijd.

Afdeling 3. Raad van Bestuur.

ARTIKEL 33.

Het ziekenfonds wordt bestuurd door een Raad van Bestuur, bestaande uit minimum tien en maximum 40 % van het aantal leden van de Algemene Vergadering. 20 % van dit aantal dient voorbehouden te worden aan vrouwen.

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

De Raad van Bestuur is belast met het dagelijks bestuur en met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Vergadering.

De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de Raad van Bestuur onder zijn verantwoordelijkheid daden van dagelijks bestuur stellen of een deel van zijn bevoegdheden delegeren aan de Voorzitter of aan één of meer bestuurders, door de Raad van Bestuur aangeduid uit zijn midden.

De Raad kan enkel geldige beslissingen nemen indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd zijn. De beslissingen worden genomen bij volstreekte meerderheid van geldige stemmen van de aanwezige en vertegenwoordigde leden, Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter beslissend, behalve ingeval van geheime stemming.

Een lid van de Raad van Bestuur dat in de onmogelijkheid verkeert om de vergadering bij te wonen, kan volmacht verlenen aan een ander effectief lid van de Raad van Bestuur op voorwaarde dat de gevolmachtigde aanwezig is op de vergadering. Elk lid beschikt over één stem en, gebeurlijk, maximum één volmacht.

Een bestuurslid dat zich, via volmacht, laat vertegenwoordigen door een ander lid van de Raad van Bestuur, wordt als afwezig beschouwd.

ARTIKEL 34.

- 1) De leden van de Raad van Bestuur :
- worden verkozen of herkozen voor een periode van zes jaar door de Algemene Vergadering ;
- 2) personen omschreven in artikel 13.2 d tot f, mogen maximaal één vierde van het aantal leden uitmaken
- 3) Er is onverenigbaarheid tussen enerzijds het uitoefenen van een functie in het ziekenfonds waarbij de persoon die de functie bekleedt hetzij belast is met het dagelijks bestuur, hetzij een leidinggevende functie bekleedt, en anderzijds een gelijkaardige functie in een medisch-sociale instelling waarin een gedeelte of het geheel der prestaties het voorwerp zijn van een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.
- 4) Om lid te worden van de Raad van Bestuur is het niet noodzakelijk deel uit te maken van de Algemene Vergadering.

ARTIKEL 35.

- 1) Zij die wensen lid te worden van de Raad van Bestuur moeten geldigheidshalve tien dagen vóór de dag van de Algemene Vergadering waarin de leden moeten worden verkozen, per aangetekend schrijven, hun kandidatuur laten worden aan de Voorzitter. De Voorzitter stelt een lijst op van geldige kandidaturen. De Raad van Bestuur kan een eigen lijst met kandidaten voordragen.
- 2) Als het aantal kandidaturen groter is dan het aantal te begeven mandaten vindt er een geheime stemming plaats. De stemming gebeurt per kandidaat. Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt over één stem.
- 3) De kandidaten met het grootst aantal stemmen zijn verkozen.
- 4) Bij kleiner of gelijk aantal kandidaten als te begeven mandaten zijn deze automatisch verkozen en is de verkiezing niet noodzakelijk.
- 5) De uittredende leden zijn herkiesbaar.
- 6) Het vervangen van overleden of ontslagnemende bestuurders heeft plaats in de eerstvolgende Algemene Vergadering, de aldus verkozen bestuurder voleindigt het mandaat van zijn voorganger.
- 7) Een bestuurder die op drie vergaderingen afwezig is, al dan niet verontschuldigd of volmacht heeft gegeven, kan ambtshalve geschrapt worden als lid van de Raad van Bestuur.

Het ontslag of de uitsluiting uit het Ziekenfonds, van een bestuurslid en/of personeelslid heeft automatisch het einde van het mandaat als lid van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds voor gevolg.

- 8) De Algemene Vergadering kan beslissen tot afzetting van een bestuurder volgens de procedure voorzien bij artikel 19 tweede lid van de wet van 6 augustus 1990, indien :
 - de bestuurder inbreuk pleegt op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 of haar uitvoeringsbesluiten ;
 - de bestuurder inbreuk pleegt op de wet betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen van 6 augustus 1990 of haar uitvoeringsbesluiten;

- de bestuurder een al dan niet voorwaardelijke, in kracht van gewijsde gegane criminele of correctionele veroordeling heeft opgelopen ;
- de bestuurder daden verricht die nadeel kunnen betrekken aan de belangen van het ziekenfonds of de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- de bestuurder weigert zich te voegen naar de statuten en de reglementen van het ziekenfonds of de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten.

9) Het ambt van bestuurder is onbezoldigd. De Algemene Vergadering kan een zitpenning en/of een verplaatsingsvergoeding vaststellen.

ARTIKEL 36.

- A) 1) De Raad van bestuur vergadert minstens tweemaal per jaar, één maal in de loop van het eerste semester en één maal in de loop van het tweede semester, en telkens de Voorzitter hem samenroept.
- 2) De Voorzitter is er aan gehouden, binnen de dertig dagen, de Raad van Bestuur samen te roepen wanneer hij, per aangetekend schrijven waarin het of de agendapunt(en)duidelijk word(t)en vermeld, daartoe wordt uitgenodigd door de helft plus één van de leden van de Raad van Bestuur.
De oproeping en de agenda van de vergadering dienen minstens tien kalenderdagen voor de vergadering aan de leden gestuurd.
- 3) De leden van de Raad van Bestuur nemen geen deel aan de beraadslagingen over aangelegenheden die henzelf of hun familieleden, tot en met de vierde rang, rechtstreeks aanbelangen.
- 4) De aansprakelijkheid van de bestuurders is beperkt tot het vervullen van de hun gegeven opdracht en tot de door hen begane beroepsfouten.
- B) De leden van de Raad van Bestuur hebben plaatsvervangers.
- C) De Directieleden en diensthouders van het ziekenfonds kunnen, op aanvraag van de Voorzitter of van Raad van Bestuur, de vergaderingen van de Raad bijwonen.

De Raad van Bestuur, wanneer hij bijzondere reglementen uitvaardigt, legt deze ter goedkeuring voor aan de Algemene Vergadering. Hij stelt de benoeming van een ziekenfondsdirecteur ter goedkeuring voor aan het vast comité van de Landsbond en volgt de procedure van nabij.

ARTIKEL 37.

De installatievergadering van de raad wordt voorgezeten door het oudste lid in jaren bijgestaan door de twee jongste leden als stemopnemers en een personeelslid van het ziekenfonds, zonder stemrecht voor het opmaken van het verslag.

De raad kiest uit zijn midden een beheerscomité dat samengesteld is uit maximum drie leden per regio zoals omschreven in artikel 5 van deze statuten, geregeld door een huishoudelijk reglement.

De Raad van Bestuur kiest uit zijn midden een voorzitter, een eerste ondervoorzitter, een tweede ondervoorzitter alsook een penningmeester. De kandidaturen voor de mandaten hierboven opgesomd worden staande de vergadering in ontvangst genomen. Alle stemmingen zijn geheim en elke bestuurder beschikt over één stem.

Aan de kandidaat die de meeste stemmen bekomt worden de mandaten toegewezen.

ARTIKEL 38.

De Raad van Bestuur verzekert de uitvoering van de statuten en van de bijzondere reglementen en houdt er toezicht op.

In uitvoering van artikel 21 van de wet van 6 augustus 1990 kan de Raad van Bestuur één of meerdere bestuursleden aanduiden voor het ondertekenen van alle akten, de vertegenwoordiging van het ziekenfonds in al zijn betrekkingen met de openbare besturen of instellingen of het openen en beheren van financiële rekeningen.

De Ziekenfondsdirecteur : Benoeming - Bevoegdheid.

ARTIKEL 39.

De ziekenfondsdirecteur wordt benoemd of ontslagen door de Raad van Bestuur. De benoeming wordt aan het directiecomité van de Landsbond voorgesteld die ze op haar beurt ter goedkeuring voorlegt aan de Raad van Bestuur van de Landsbond.

Bij eventuele vacature beschikt de Raad van Bestuur van het ziekenfonds over een maand om een nieuwe kandidaat voor te dragen. Het directiecomité van de Landsbond kan een tijdelijk directeur benoemen tot dat een kandidaat door de Raad van Bestuur van de Landsbond op eensluidend advies van het directiecomité van de Landsbond goedgekeurd wordt.

Het statuut van de ziekenfondsdirecteur is dit van een bezoldigde met een contract van dienstverhuring.

Hij is belast met het uitvoeren van de onderrichtingen van de Landsbond.

Hij is gemachtigd alle vergaderingen van bijzondere comités en regio's bij te wonen. Hierin heeft hij enkel raadgevende stem.

Bij afwezigheid van de ziekenfondsdirecteur worden al deze taken waargenomen door de adjunct-directeur.

Hoofdstuk V.
De Diensten van het ziekenfonds.
Volgens de beschikbare middelen gewaarborgde voordelen, bijdragen.

A. DE RECHTHEBBENDEN OP TERUGBETALING DER PRESTATIES

ARTIKEL 40.

- A. Onverminderd de bepalingen, voorzien in deze statuten, hebben de nieuwe effectieve leden en de personen ten hunnen laste de mogelijkheid op het verkrijgen van de voordelen van het ziekenfonds, in de mate dat er beschikbare middelen zijn, nadat zij voldaan hebben aan de voorwaarden, gesteld in deze statuten.
- B. De vordering tot betaling van al de bij deze statuten voorziene prestaties verjaart twee jaar na het einde van de maand waarop de verstrekkingen of gebeurtenissen betrekking hebben, conform het artikel 48bis, § 1, eerste lid van de wet van 6 augustus 1990.

B. BIJDAGEN

ARTIKEL 41.

De aangesloten leden verbinden er zich toe een bijdrage te betalen waarvan het bedrag is vastgesteld en vermeld in artikel 42 Deze bijdragen, verschuldigd per mutualistisch gezin, zijn betaalbaar per kwartaal, per semester of per jaar

De aansluiting bij de diensten en verrichtingen, vermeld in artikel 2, van deze statuten, kan slechts gebeuren onder de voorwaarden van artikel 3bis van de wet van 6 augustus 1990.

De betaalde bijdragen zijn in principe verworven, tenzij wanneer duidelijk aangetoond wordt dat de bijdragen ten onrechte zijn betaald ingevolge omstandigheden buiten de wil van het lid om.

De ten onrechte betaalde bijdragen verjaren conform aan artikel 48bis, § 4 van de wet van 6 augustus 1990. De bijdragen zijn verschuldigd per mutualistisch gezin.

Voor de personen bedoeld in art. 37 §19 5° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is de bijdrage 0 €.

De som van de tussenkomst van een aanvullende dienst en van de tussenkomst in de verplichte verzekering mag nooit hoger zijn dan het werkelijk door het lid betaald bedrag.

In geval van toekenning van een tussenkomst in de verplichte verzekering, mag de samenvoeging van dit bedrag met de tussenkomst van de aanvullende dienst niet lager zijn voor de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, §§ 1,2 of 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dan de tussenkomst van de andere leden.

ARTIKEL 42.

De verschuldigde bijdragen van de leden per mutualistisch gezin, zoals bepaald in het koninklijk besluit van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, tweede tot vierde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende verzekering (I) zijn in de ETAC-tabel als bijlage (1) van de statuten opgenomen en maken hiervan integraal deel uit.

C. INGERICHTE DIENSTEN

ARTIKEL 43

1. Er is geen wachttijd.
2. De waarborg aangeboden door de diensten en verrichtingen mag niet lager zijn voor de leden met sociaal statuut in de zin van het artikel 37, § 1,2 en 19 van de wet van 14 juli 1994 voor wie de waarborg kan worden verhoogd en voor zover met de tegemoetkoming ten laste van elke andere verzekering geen tussenkomst bedoeld wordt die verschuldigd is op basis van een overeenkomst.
3. Er is een verjaringstermijn van 2 jaar na prestatiedatum voor terugbetaling van de ingerichte diensten.

Afdeling 1 : Logopedie (classificatiecode : 15)
--

ARTIKEL 44

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Spraklessen" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, *1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie* van deze statuten, alsook voor de personen te hunnen laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Weigering adviserend arts :

De aanvraag:

Elke rechthebbende kan aanspraak maken op de tussenkomst, voor zover voorafgaandelijk een aanvraag werd ingediend bij de adviserend arts in het kader van artikel 137 tot en met 144 van het K.B. van 3 juli 1996, en deze het voorwerp was van een weigering tot ten laste neming door de verplichte verzekering.

De aanvraag omvat altijd:

- een aanvraagformulier,
- een voorschrift van de specialist,
- een logopedisch verslag.

Deze tussenkomst is voorzien voor volgende stoornissen : articulatie, sigmatisme en rotacisme.

Toekenning adviserend arts :

Indien de aanvraag wordt goedgekeurd voor 2 kalenderjaren in de verplichte verzekering kan men nadien een tussenkomst genieten in de aanvullende verzekering. Indien er geen aanvraag door de logopedist werd ingediend omdat er geen wettelijke tussenkomst is voorzien, kan men eveneens gebruik maken van deze tussenkomst.

Duur:

De toegestane behandelingsperiode voor maximum 2 jaren vanaf het begin van de behandeling, met een maximum van 50 zittingen per 2 jaar.

Tussenkomst:

De tussenkomst bedraagt € 7,00 per zitting, mits voorlegging van een getuigschrift voor verstrekte hulp afgeleverd door een logopedist(e).

Afdeling 2 : Voetverzorging (classificatiecode : 15)

ARTIKEL 45

Het ziekenfonds organiseert een dienst "voetverzorging" voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Aanvraag :

De aanvraag voor tussenkomst moet gestaafd worden door een rekening of factuur van een gediplomeerd voetverzorg(st)er.

De tussenkomst bedraagt 5 euro per prestatie onder de volgende voorwaarden :

- Maximum 5 prestaties (25 €) per kalenderjaar;
- Minstens 65 jaar oud zijn.

Afdeling 3 : Tandzorgen (classificatiecode : 15)

ARTIKEL 46

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Tandzorgen" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, Indien de voorziene bijdrage betaald wordt..

Deze dienst voorziet een tussenkomst :

1. Voor tandprothesen, tandimplantaten, kronen, extracties, stiftanden, facetten en tandbruggen.

Aanvraag:

De aanvraag voor tussenkomst moet gestaafd worden door een attest afgeleverd door een erkend tandarts.

De tegemoetkoming bedraagt 25% van het persoonlijk aandeel boven 250 euro, met een maximum van 500 euro per 2 jaar. De forfait van € 250 wordt eenmalig toegepast per 2 jaar.

Deze tegemoetkoming geldt niet voor orthodontische behandelingen, prestaties in het buitenland en indien er een tussenkomst is in die verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zelfs indien de betrokken tussenkomst in de verplichte verzekering slechts de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, § 1,2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreft.

2. Voor orthodontische behandelingen

De dienst "orthodontische behandelingen" kent één enkele tegemoetkoming voor één enkele behandeling toe, naast deze van de verplichte verzekering die is voorzien in artikel 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Daartoe dient een aanvraag om tegemoetkoming voor een orthodontische behandeling van het kind te worden ingediend bij de adviserend arts voor het kind de maximumleeftijd heeft bereikt die door de reglementering in de verplichte verzekering werd vastgelegd.

De terugbetaling mag maximaal € 750 bedragen, te betalen als volgt :

- a. € 150 bij het aanbrengen van het apparaat (code 0305631)
- b. € 150 na 6 raadplegingen (code 0305616 of 0305653 of 0305852 of 0305896)
- c. € 150 na 12 raadplegingen (code 0305616 of 0305653 of 0305852 of 0305896)
- d. € 150 na 30 raadplegingen (code 0305616 of 0305653 of 0305852 of 0305896)

e. € 150 na 36 raadplegingen (code 0305616 of 0305653 of 0305852 of 0305896)
Zonder de goedkeuring van de adviserend arts wordt slechts één tegemoetkoming van € 150 voor één enkele behandeling na 6 maanden gewaarborgd voor alle rechthebbenden.

De terugbetaling geschiedt op grond van het voorleggen van de nodige bewijsstukken van de orthodontist of van de orthodontist van de buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland), die is erkend door de bevoegde instelling van het betrokken land.

Afdeling 4 : Optisch Materiaal (classificatiecode: 15)

ARTIKEL 47

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Optisch Materiaal" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3de categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

De dienst verleent een tussenkomst :

1. van maximum 50 euro voor monturen, brilglazen of lenzen.

De tussenkomst wordt jaarlijks uitgekeerd na voorlegging van een behoorlijk opgestelde factuur door een opticien of oogarts en kan nooit hoger zijn dan het effectief betaalde bedrag.

Deze tussenkomst geldt niet indien er een tussenkomst is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zelfs indien de betrokken tussenkomst in de verplichte verzekering slechts de personen betreft met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, § 1,2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

2. Ingeval een beroep wordt gedaan op de laser of ultrasone methode een eenmalige tegemoetkoming van € 250 (€125 per oog), beperkt tot de betaalde prijs en verminderd met de toegewezen terugbetaling in de verplichte verzekering.

De terugbetaling gebeurt op vertoon van de originele bewijsstukken, afgeleverd door een arts specialist die door het Riziv is erkend of door een arts specialist uit de buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland), die erkend is door de bevoegde instelling in het betrokken land of nog door een verzorgingsinstelling.

Afdeling 5. Diverse prestaties (classificatiecode : 15)

ARTIKEL 48

Het ziekenfonds organiseert een dienst Diverse prestaties voor de rechthebbenden bedoeld bij art.9, 1^{ste} tot en met 3^{de} categorie van de statuten, alsook voor de personen te hunnen laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

A. Tussenkost voor psychotherapie

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Psychotherapie" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt..

Alle leden kunnen tot vijfmaal per kalenderjaar 10 euro tussenkost genieten voor consultaties bij een master in de orthopedagogie, psychologie of een psycholoog.

De psycholoog moet aangesloten zijn bij de psychologencommissie.

Deze tussenkost geldt niet indien er een tussenkost is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

B. Tussenkost voor oordoppen op maat (otoplastieken)

Deze dienst voorziet een tussenkost van 30 euro per persoon en per kalenderjaar als tussenkost voor oordoppen op maat (otoplastieken). De tussenkost wordt uitgekeerd op basis van een rekening van een audicien of audioloog met vermelding van de betaalde prijs. Deze tussenkost geldt niet indien er een tussenkost is in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

C. Remgeld voor kinderen

Deze dienst voorziet een terugbetaling van remgelden voor prestaties van huisartsen en arts specialisten bij ambulante zorg voor kinderen tot en met de leeftijd van 6 jaar.

Honorariumsupplementen die bovenop de vastgelegde tarieven worden gevraagd, komen niet in aanmerking voor terugbetaling. Extra prestaties tijdens het bezoek of raadpleging alsook supplementen bij consultaties via spoed zijn eveneens uitgesloten.

Er is een franchise van 12 € per jaar en per kind.

De terugbetaling kan op voorlegging van het aanvraagformulier, in te vullen door (één van) de ouders, na verloop van het betrokken prestatiejaar.(1/1 – 31/12)

D. Tussenkost voor het lidmaatschap van een diabetesvereniging

Het ziekenfonds betaalt tot 30 euro per kalenderjaar mits voorlegging van een betalingsbewijs of het attest "lidgeld diabetes liga" . In ieder geval zal het bedrag van de tegemoetkoming beperkt worden tot het bedrag dat werkelijk voor de aansluiting bij de diabetesvereniging werd betaald.

E. Tussenkost voor huishoudhulp op basis van dienstencheques

Het ziekenfonds zet sterk in om de werk-privébalans van zijn leden te beschermen en in evenwicht te houden. Tevens zorgt het ziekenfonds met deze dienst voor een betere toegankelijkheid naar huishoudhulp opdat de (oudere) klanten hun thuissituatie kunnen behouden en in hun eigen woonomgeving zo goed mogelijk blijven functioneren.

Deze dienst heeft tevens tot doel de activiteiten en initiatieven te ondersteunen op vlak van huishoudhulp, in het kader van de dienstenchequeregeling.

In het kader van deze dienstenchequeregeling heeft het NZVL een samenwerkingsakkoord afgesloten met de firma Het Poetsbureau (Stellar NV), Diestersesteenweg 56, 3583 Paal.

Het poetsbureau zal de geschikte huishoudhulp bij de leden langs sturen. Onder deze huishoudelijke taken wordt verstaan : Schoonmaken, maaltijden bereiden bij de leden thuis, strijken-strijkhulp bij de leden thuis, boodschappen aan huis bij de leden.

Tussenkost en begrenzing :

Er is een tussenkomst voorzien van € 1 per uur met een maximum van € 100 per jaar en maximum van € 25 per kwartaal. Voor leden die slechts in de loop van het jaar aansluiten, geven wij € 1 per uur met een maximum van € 25 per aangesloten kwartaal. Leden die aangesloten zijn maar slechts in de loop van het jaar huishoudhulp krijgen, ontvangen € 1 per uur met een maximum van € 25 per kwartaal dat er hulp werd geboden.

Voorwaarden :

De tussenkomst wordt terugbetaald op voorlegging van een aanvraagformulier, na verloop van het betrokken prestatiejaar (1/1 – 31/12)

Afdeling 6 : Zorgverblijven (classificatiecode :15)

ARTIKEL 49

Het ziekenfonds organiseert een dienst “zorgverblijven” voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkost :

De dienst verleent een tussenkomst van maximum 20 euro per overnachting en per persoon in de verblijfskosten van de herstellende voor een zorgverblijf.

Een eventuele begeleider komt niet in aanmerking voor de tegemoetkoming.

De zorgverblijven worden toegekend met een maximum van 28 overnachtingen per jaar.

Een verlenging van het zorgverblijf kan tijdens het verlof via een medisch attest aangevraagd worden mits akkoord van de raadgevend arts van het ziekenfonds. De duur van het zorgverblijf is afhankelijk van het advies van de raadgevend arts van het zorgverblijf. De maximumduur van het zorgverblijf kan niet verlengd worden.

Een zorgverblijf kan worden toegekend :

- Na een heelkundige ingreep met een betrekkelijke waarde van meer dan K 250 of N 250 uitgevoerd door een arts-specialist met volgende specialisatie :
Thorax- en abdominale heelkunde, cardiologie, gynaecologie met uitzondering van zwangerschap en fertiliteitsbehandelingen, neurologie, oncologie, orthopedie, pneumologie, vaatheelkunde, neurochirurgie, reumatologie en urologie;
- Na behandeling door chemotherapie, radiotherapie en nierdialyse;
- Na een ononderbroken ziekenhuisopname van tenminste 6 overnachtingen of na een door de behandelende arts gedocumenteerde opstoot van een van de aandoeningen die omschreven is in de lijst “E-pathologie” die van toepassing is op moment van de aanvraag, opgesteld door het Riziv (voor het bekomen van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, derde lid, c) van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen)
- Bij behandeling voor een psychische aandoening, zoals depressie en burn-out. De betrokkene is in behandeling bij een erkend psychiater. Het zorgverblijf wordt in dit geval enkel toegekend wanneer de persoon naar Namaste of naar een voor deze aandoening gespecialiseerd zorgverblijf gaat. Dit laatste moet aangetoond worden door de cliënt.

Deze tegemoetkoming kan voor eenzelfde aandoening maar één keer per kalenderjaar toegekend worden.

De aanvrager van het zorgverblijf moet in staat zijn zichzelf te verplaatsen en zelf in te staan voor de dagelijkse hygiëne zonder hulp van derden. Zijn gezondheidstoestand mag geen permanente medische begeleiding of bestendige bedrust vergen. De ziekte waaraan men lijdt mag niet besmettelijk zijn.

Toxicomanie, ernstige hartdecompensatie, esthetische heelkunde waarvoor geen tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen of en psychiatrische aandoening, met uitzondering van stemmingsstoornissen (depressie), komen niet in aanmerking voor een zorgverblijf.

Afdeling 7 : Kortverblijf en dagopvang (classificatiecode : 15)

ARTIKEL 50

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Kortverblijf, dag- en nachtopvang" voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst kortverblijf :

Met kortverblijf wordt een permanente opvangmogelijkheid en begeleiding voor een korte periode bedoeld in een instelling die door de Vlaamse Overheid, volgens het ministerieel besluit van de Vlaamse Regering van 23 december 2009 erkend is.
De tussenkomst bedraagt 10 euro per overnachting met een maximum van 28 overnachtingen per kalenderjaar.

Tussenkomst dag- en nachtopvang :

Met dag- en nachtopvang wordt een tijdelijke opvang of begeleiding bedoeld in of door een (vrijwilligers)organisatie.
De tussenkomst bedraagt 2,5 euro per dag of nacht en is beperkt tot maximum 50 dagen of nachten per kalenderjaar.

Afdeling 8 : Thuisoppas zieke kinderen (classificatiecode : 15)

ARTIKEL 51

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Thuisoppas zieke kinderen", ook Kortjakje genoemd, voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Voor deze dienst doet het ziekenfonds een beroep op een samenwerkingsovereenkomst met "Solidariteit voor het Gezin" en het "Uitzendkantoor Tempoteam".

De dienstverlening is onderworpen aan een aantal voorwaarden :

- Aanvragen thuisoppas zijn enkel bedoeld voor acuut zieke kinderen tussen 0 en 12 jaar, voor wie geen andere opvangmogelijkheden beschikbaar zijn;
- De ziekte dient bevestigd te worden door een medisch attest die aan de oppasser wordt overhandigd;
- Een thuisoppas kan aangevraagd worden voor maximum 4 opeenvolgende werkdagen en met een maximum van 8 dagen per kalenderjaar;
- Er kan geen beroep worden gedaan op een thuisoppas tijdens de weekends en op feestdagen;
- De opdrachten moeten minimum 7 en maximum 9 uur bedragen en vinden plaats tussen 7 en 18 uur;

ARTIKEL 52

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Kraamhulp" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, die overeenkomstig de bepalingen van artikel 42, de vastgestelde bijdrage betalen.

Deze dienst verleent een tussenkomst van 5 euro per gepresteerd uur onder de volgende voorwaarden:

- Maximum 60 uren per ingeschreven pasgeborene;
- Binnen de 3 maand na de geboorte of het ontslag uit het ziekenhuis
- De prestaties moeten geleverd zijn door een erkende dienst voor kraamhulp.(zie bijlage 2).
- De tussenkomst is ook van toepassing bij verblijf in een "Kraamhotel".
Deze tussenkomst is 5 euro per uur, 10 uur per dag met een maximum van 6 dagen.

Deze tussenkomst wordt terugbetaald op voorlegging van de factuur.

ARTIKEL 53

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Uitleendienst, personenalarm en ergotherapie" voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Uitleendienst en personenalarm :

Voor bijstand bij het zoeken van uitleenmateriaal of een personenalarm, kunnen de leden een beroep doen op de dienstverlening door de vzw "Comfoplus", waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten. Deze vzw staat in voor de praktische organisatie (beheer thuisleveringen, aankoop materiaal, verwerking huurcontracten,...) van de uitleendienst.

Voor het materiaal wordt een huurprijs (of gebruiksvergoeding) aangerekend naargelang het toestel en op verzoek van het lid kan bepaald materiaal thuis geleverd en terug opgehaald worden. Hiervoor zal een onkostenvergoeding aangerekend worden t.b.v. 20 euro (wanneer de rit binnen het normale rietschema valt) of 75 euro voor een spoedlevering (binnen de 8 werkuren). In bijlage 3 wordt de forfaitaire kost, de eventuele leveringskost of aan te kopen toebehoren per product omschreven. Voor de installatie van personenalarm : 20 euro opstartkosten en 20 euro voor de installatie. Indien een product beschadigd of niet gereinigd wordt teruggebracht, kan een schadevergoeding gevraagd worden.

De gebruiksvergoeding voor minstens 30 dagen wordt niet terugbetaald.

Bij langdurige uitlending aan dezelfde gebruiker kan voorgesteld worden het materiaal aan te kopen.

Het ziekenfonds voert de maximumfactuur in. Dit betekent dat alle huurgelden op kalenderjaarbasis die de 300 euro overtreffen, volledig terugbetaald worden.

Schadevergoedingen, verplaatsing- en eventuele aankoopkosten, alsook de huur van een personenalarm, een hometrainer (pedalo), grootcellig wisseldruksysteem, ligfiets, ergometerfiets, hiotherm koelapparaat, vervang scooter bij herstelling, extra zender personenalarm en/of mobiel alarm. Worden niet meegerekend voor de berekening van de maximumfactuur. Tot 6 maanden na de geboorte kunnen leden gedurende 3 maanden gratis een afkolfapparaat van het type Ameda of Medela Lactina+ of babyweegschaal ontlenen.

Alle huurprijzen en eventueel aan te kopen producten zijn terug te vinden in bijlage 4 van deze statuten of via www.nzvl.be.

Thuiszorgwinkel :

Voor de aankoop van hulpmiddelen, kunnen de leden een beroep doen op de dienstverlening door de vzw COMFOPLUS, waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten. Ieder lid kan op eenvoudig verzoek de op dat moment voor de thuiszorgwinkel geldende lijst van beschikbaar materiaal opvragen (zie ook bijlage 4 van deze statuten of consulteren via www.nzvl.be).

Tegemoetkomingen ergotherapie :

Voor de opmaak van een dossier aanvraag hulpmiddelen in het kader van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) wordt de vergoeding voor het ergotherapeutisch advies volledig terugbetaald door het ziekenfonds.

Voor de opmaak van een ergotherapeutisch advies in het kader van woningaanpassing wordt door het ziekenfonds een tussenkomst voorzien van 50 euro.

Afdeling 11 : Ziekenvervoer (classificatiecode : 15)
--

ARTIKEL 54

Het ziekenfonds organiseert een dienst “ziekenvervoer” voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met 3^{de} categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt op het Belgisch grondgebied op voorwaarde dat de noodzaak van vervoer blijkt uit een medisch attest.

B. De tussenkomst wordt verleend :

- 1.1. Opname en ontslag in een erkend ziekenhuis
- 1.2. Dag hospitalisatie in een erkend ziekenhuis
- 1.3. opname en ontslag in een erkend hersteloord
- 1.4. chemo- of radiotherapie
- 1.5. hemodialyse (kunstnierbehandeling)
- 1.6. nabehandeling bij orgaantransplantatie
- 1.7. kortverblijf in een erkende instelling
- 1.8. pluridisciplinaire en cardiale revalidatie

Enkel met eigen wagen :

- 1.9. ambulante locomotorische revalidatie in een erkend centrum, indien geen tussenkomst in de reiskosten is voorzien in de verplichte ziekteverzekering

C. De tussenkomst wordt niet verleend bij :

- 2.1. vervoer voor fysiotherapie, kinesitherapie, ergotherapie en logopedie
- 2.2. weekendverlof tijdens een opname in een erkend ziekenhuis

D. Het bedrag van de tussenkomst wordt als volgt bepaald :

3.1. Met eigen wagen :

- 3.1.1. bij ziekenhuisopname : tussenkomst van 0.10 € vanaf km 31
- 3.1.2. reeksvervoer revalidatie : 0.10 € per km

3.1.3. reeksvervoer chemo- en radiotherapie : 0.05 € per km (heen en terug) vanaf km 31

3.2. Niet-dringend liggend vervoer :

- 3.2.1 het niet-dringend ziekenvervoer wordt georganiseerd in samenwerking met de vzw Mutas;
- 3.2.2 is het vervoer aangevraagd via de diensten van Mutas dan bedraagt de tussenkomst het volledig gefactureerd bedrag verminderd met een persoonlijk aandeel van 30 €
- 3.2.3 Is het vervoer NIET aangevraagd via de diensten Mutas dan bedraagt de tussenkomst 25 % van het gefactureerde bedrag en voor de leden met een voorkeurtarief 30 %. Deze tussenkomst mag niet hoger zijn dan de tegemoetkoming van een dergelijk vervoer dat wel is aangevraagd door Mutas.

E. Niet-dringend rolwagenvervoer en taxivervoer (zittend)

- 3.3.1 is het vervoer aangevraagd via de diensten van Mutas dan bedraagt de tussenkomst het volledig gefactureerd bedrag, verminderd met een persoonlijk aandeel van 20 € voor rolstoelvervoer en een persoonlijk aandeel van 15 € per rit voor zittend vervoer.
- 3.3.2 Is het vervoer niet aangevraagd via de diensten van van Mutas dan bedraagt de tussenkomst 25 % van het gefactureerde bedrag en voor de leden met een voorkeurtarief 30 %. Deze tussenkomst mag niet hoger zijn dan de tegemoetkoming van een dergelijk vervoer dat wel is aangevraagd door Mutas

F. Vervoer voor Radio- en Chemotherapie

- 3.4.1 Is het vervoer aangevraagd via de diensten van Mutas dan bedraagt de tussenkomst het volledig gefactureerd bedrag, verminderd met een persoonlijk aandeel van 16 € per rit voor ambulancevervoer, en 8 € per rit voor rolstoelvervoer of zittend vervoer.
Leden met een sociaal statuut in de zin van het artikel 37, §1,2 en 19 van de wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betalen respectievelijk 8 € per rit voor ambulancevervoer en 4 € voor rolstoelvervoer of zittend vervoer.
- 3.4.2 Is het vervoer niet aangevraagd via de diensten van Mutas dan bedraagt de tussenkomst 25 % van het gefactureerde bedrag en voor de leden met een voorkeurtarief 30 %. Deze tussenkomst mag niet hoger zijn dan de tegemoetkoming van een dergelijk vervoer dat wel is aangevraagd door Mutas

G. Dringend helikoptervervoer :

- 3.5.1 Wanneer andere vervoermiddelen uitgesloten zijn, wat moet blijken uit een doktersattest :

0 tot 10 km = tussenkomst van 25 € forfait
11 tot 20 km = tussenkomst van 2.25 € per km
Vanaf 21 km = tussenkomst van 1.75 € per km
Met een maximum van 250 € per dag.

H. Vervoer van nierdialysepatiënten :

3.6.1. Het vervoer van nierdialysepatiënten wordt integraal terugbetaald door het Ziekenfonds, verminderd met een persoonlijk aandeel aangerekend als volgt : zittend dialysevervoer 4 euro; rolwagen dialysevervoer 4 euro en liggend dialysevervoer (ambulance) 8 euro. Dus een heen- en terugrit kost respectievelijk 8 euro, 8 euro of 16 euro. Leden met een sociaal statuut in de zin van het artikel 37, §1,2 en 19 van de wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betalen voor zittend dialysevervoer 2 euro, voor rolwagen dialysevervoer 2 euro en voor liggend dialysevervoer 4 euro. Dus heen en terugrit kost respectievelijk 4 euro, 4 euro of 8 euro.

3.7.2. Met eigen wagen :

Bovenop de tegemoetkoming in de verplichte verzekering wordt voor dit vervoer een bijkomende tussenkomst verleent van 0.05 € per km in één rit vanaf de 31^{ste} km.

Voor de toepassing van dit reglement wordt onder begrip "RIT" verstaan : 1 heenrit en 1 terugrit.

Bij betwisting zal voor het berekenen van het aantal kilometers, de kortste weg worden genomen zoals voorzien in het officieel afstandenboek, van de plaats waar de patiënt wordt opgenomen tot de plaats van bestemming.

De hierboven beschreven tussenkomsten worden betaald op voorlegging van een medisch attest en een behoorlijk opgestelde onkostennota, vermeldend :

- de identiteit van de aangeslotene en de vervoerde patiënt ;
- het aantal km. Van de verblijfplaats naar de plaats van bestemming ;
- de aangerekende prijs ;

Indien voor het ziekenvervoer tussenkomst wordt verleend krachtens een andere wettelijke bepaling (zoals : arbeidsongevallen, verzekeringen, enz...) wordt geen tussenkomst verleend, op voorwaarde dat dit niet ertoe leidt dat een lagere tegemoetkoming wordt verleend aan personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, § 1,2 en 19, van de wet van 14 juli 1994 dan aan andere leden.

De tussenkomst van een openbare overheid op basis van een koninklijk besluit in het kader van de verplichte verzekering, wordt afgetrokken van de tussenkomst op voorwaarde dat dit niet ertoe leidt dat een lagere tegemoetkoming wordt verleend aan personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, § 1,2 en 19, van de wet van 14 juli 1994 dan aan andere leden.

Afdeling 12 : Dienst Geboorte en Adoptie. (classificatiecode : 15)

ARTIKEL 55

A. Het ziekenfonds organiseert een dienst "Geboortepremie en Adoptiepremie" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Het ziekenfonds betaalt:

1. mits voorlegging van een geboortecertificaat afgeleverd door het gemeentebestuur, een premie van €150 per kind aan elke aangesloten ouder bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds op het moment van de geboorte
2. van €150 per kind aan elke aangesloten adoptie ouder bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds op het moment van de adoptie.

B. Het ziekenfonds organiseert een dienst "Verzorgingsmateriaal" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt. Ouders ontvangen een terugbetaling in de aankoop van luiers van 100 € per kalenderjaar voor de kinderen ten laste tot einde jaar dat het kind 3 jaar wordt (3 x).

Afdeling 13 : Jeugddienst en speelpleinwerking. (classificatiecode : 15)
--

ARTIKEL 56

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Jeugddienst en speelpleinwerking" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie van deze statuten, alsook voor de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

3. De dienst heeft als doel kinder- en jeugdvakanties voor validen en minder-validen te organiseren.
 - Het stimuleren van de jeugd tot bewegen ter bevordering van hun gezondheid.

De coördinatie van de jeugddienst gebeurt door de V.Z.W. KRUNSIJ.

Teneinde het fysisch, psychische en sociaal welzijn, zoals voorzien in de artikelen 2 en 3 van de wet van 6 augustus 1990 te bevorderen, verleent het ziekenfonds volgende tussenkomsten:

- Aan de jongeren die deelnemen aan activiteiten ingericht door een dienst Jeugdkampen, Jeugdvakanties – uitgezonderd de vakanties van de VZW Krunsij. Dit geldt voor bos-, sneeuw-, zee- en plattelandsklassen, jeugdkampen, sport-, computer- en taalkampen. De tussenkomst is 5 euro per dag met een maximum van 10 dagen per kalenderjaar.
- Aan de jongeren die deelnemen aan speelpleinwerking. De tussenkomst is 5 euro per dag met een maximum van € 50 per jaar
- Aan de jongeren die deelnemen aan een schoolreis of excursie is er een tussenkomst voorzien van maximum 50 euro per kalenderjaar. Schoolreis – excursie is een buitenschoolse activiteit van 1 dag.
- Aan jongeren die aangesloten zijn bij een jeugdbeweging voorziet het ziekenfonds een tussenkomst in het lidgeld van 10 euro per kalenderjaar.

Voor de andersvalide kinderen die getroffen zijn door ten minste 66 % ontoereikende of verminderde lichamelijke of geestelijke geschiktheid, die deelnemen aan een speciaal voor hen ingerichte vakantie, is een tussenkomst per kalenderjaar voorzien tot 250 euro, uitgezonderd de vakanties van de VZW Krunsj.

Om te kunnen genieten van deze voordelen moeten de jongeren voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Leeftijd: ten hoogste in het betreffende jaar de wettelijke leeftijd van meerderjarigheid bereikt hebben, die 18 jaar bedraagt met uitzondering van de kampen voor jongeren met een beperking en verlengde minderjarigheid.
- Terugbetalingen gebeuren mits voorlegging van een factuur of attest van de organisatoren van de kampen, speelpleinwerking of schoolreizen.
- Ingeschreven zijn als rechthebbende van het ziekenfonds op het ogenblik van de activiteit. Nieuwe leden ontvangen na mutatedatum geen tegemoetkoming voor zover ze voor deze activiteit deze bij het vorige ziekenfonds reeds hebben ontvangen.

Afdeling 14 : Gezondheidsopvoeding en preventie (classificatiecode: 15)

ARTIKEL 57

Het ziekenfonds organiseert een dienst "Gezondheidsopvoeding en preventie" voor de rechthebbenden bedoeld bij artikel 9, 1^{ste} tot en met de 3^{de} categorie van deze statuten; alsook voor de personen te hunnen laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

De dienst "Gezondheidsopvoeding en preventie" voorziet in het bevorderen van de gezondheid van de leden met gerichte acties en infomomenten, die hieronder opgesomd worden, in eigen beheer of in samenwerking met derden.

A. Tussenkomst voor vaccinaties:

Een tussenkomst van 50% wordt uitgekeerd op basis van een originele rekening of BVAC attest afgeleverd door de apotheker waarop de vaccinatie en betaalde prijs is vermeld. De tussenkomst wordt beperkt tot maximum 50 euro per persoon en per kalenderjaar.

Deze tussenkomst geldt niet indien er een tussenkomst is in die verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zelfs indien de betrokken tussenkomst in de verplichte verzekering slechts de personen met een sociaal statuut in de zin van artikel 37, § 1,2 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 betreft.

Per uitzondering is er voor het griepvaccin wel een tussenkomst van 4 euro voorzien wanneer er een tussenkomst verstrekt wordt vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

- ### B. Tussenkomsten voor alle onderzoeken tegen :
- kanker van de baarmoederhals
 - borstkanker (mammografie)
 - prostaatcancer

Bedrag : 8 € om de 2 jaar

- C. Er wordt een tussenkomst voorzien voor alle rechthebbenden welke op consultatie gaan bij een door de RIZIV erkende diëtist(e). Het bedrag der tussenkomst bedraagt 10 € per consultatie met een maximum van 4 consultaties kalenderjaar.

Leden van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen die een cursus Weight Watchers, Bodystyling, Infraligne, Figurel volgen, geven wij na het voltooien van 10 cursussen volgende tussenkomst : 40 euro per kalenderjaar (10 cursussen)

- D. Tussenkomst voor aansluiting bij een sportclub.

Deze dienst verleent een jaarlijkse tegemoetkoming voor de aansluiting bij een sportclub van € 30.

Het bedrag van de tegemoetkoming is beperkt tot het bedrag dat werkelijk voor de aansluiting bij een sportclub werd betaald.

Het moet om volgende sporttakken gaan : atletiek, badminton, honkbal, basketbal, bowling, dansen (ballet inbegrepen), duiken, gevechtssporten, gewichtheffen, golf, gymnastiek, handbal, hockey, kaatsen, kanovaren, kajak, kegelspel, muurklimmen, korfbal, mountainbike, oriëntatiewandeling, paardrijden, hengelsport, petanque, roeien, rugby, schaatsen, schermen, ski, squash, tennis, tafeltennis, triatlon, voetbal, volleybal, wandelen, fietsen, yoga, zwemmen (evenals watergewenning voor baby's), boogschieten, karabijnschieten, krachtbal, de sporttakken voor andersvaliden en, meer in het algemeen, de olympische sporten en de sporten erkend door het I.O.C., vlieg- en luchtsporten, Vlaamse traditionele sporten (krulbol, kegelen), hondensporten.

De terugbetaling is ook voorzien voor Beweging Op Voorschrift (BOV)

Het moet gaan om een aansluiting :

Tijdens een sportseizoen bij een sportclub die is erkend door een nationale, provinciale, regionale of gemeentelijke federatie.

Bij een fitnesscenter dat erkend is door één van de officiële federaties.

Bij een organisatie die erkend is voor het organiseren van initiatieprogramma's inzake joggen of lopen.

Voor elke sport die per beurt wordt beoefend, gebeurt de terugbetaling voor zover er ten minste 10 beurten worden gepresteerd.

De tussenkomst wordt slechts toegekend aan personen die op het ogenblik van de betaling van het lidgeld aan de sportclub, lid zijn en indien de voorziene bijdragen betaald zijn.

- E. Tussenkomst voor Alternatieve Geneeskunde

1. Homeopathie

De dienst "Homeopathie" verleent aan de leden een tegemoetkoming van 50 % van de aankoop prijs en voor een maximumbedrag van € 50 per jaar en per rechthebbende op de prijs van homeopathische geneesmiddelen.

Om een tegemoetkoming van de dienst te kunnen genieten, dienen de homeopathische geneesmiddelen te worden voorgeschreven door een dokter in de geneeskunde die erkend is door het RIZIV of, door een dokter in de geneeskunde van de buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland), die erkend is door de bevoegde instelling van het betrokken land.

Deze geneesmiddelen mogen ook voorgeschreven worden door een homeopaat die ofwel een kopie van zijn diploma en van zijn verzekering professionele BA heeft voorgelegd, ofwel het bewijs van zijn aansluiting bij een beroepsorganisatie inzake homeopathie heeft geleverd.

Deze geneesmiddelen moeten worden afgeleverd door een apotheker en beantwoorden aan de volgende criteria : het moet gaan om een verdunning van ten minste 10.000 of van bereidingen voor oraal gebruik. Deze regeling geldt ook voor evenwaardige producten die in het buitenland aangeschaft worden. De terugbetaling geschiedt op basis van het BVAC-formulier of factuur, waarop de voorschrijver, benaming en publieksprijs vermeld worden.

2. Bezoeken en raadplegingen van verstrekkers die niet-conventionele praktijken uitoefenen

De dienst “bezoeken en raadplegingen van verstrekkers die niet-conventionele praktijken uitoefenen” verleent aan de leden een tegemoetkoming van € 10 per bezoek of per raadpleging voor een maximumbedrag van € 50 per jaar en per rechthebbende voor de verstrekkingen van niet-conventionele praktijken, met name : chiropraxie, osteopathie.

Wanneer de verstrekker van niet-conventionele praktijken ook de hoedanigheid van door het RIZIV erkend zorgverstreker heeft of, de hoedanigheid van zorgverstreker van de buurlanden (Frankrijk, Luxemburg, Duitsland en Nederland), die erkend is door de bevoegde instelling van het betrokken land en wanneer de verstrekking recht geeft op een terugbetaling in de verplichte verzekering en in de aanvullende verzekering kan de terugbetaling in de aanvullende verzekering niet plaats vinden op basis van het getuigschrift van verstrekte hulp (of kopie daarvan) dat werd uitgereikt door de verstreker in zijn hoedanigheid van door het RIZIV erkend zorgverstreker, maar op basis van de uitreiking van een afzonderlijk document.

De verstreker zal eveneens erkend worden indien hij, ofwel een kopie van zijn diploma en van zijn verzekering professionele BA heeft voorgelegd, ofwel het bewijs van zijn aansluiting bij een beroepsorganisatie met betrekking tot de bovenvermelde praktijken heeft geleverd.

F. Tussenkost voor Medische Sportkeuring

Deze dienst verleent een tussenkost voor preventieve hartscreening of sportmedische keuring bij de huisarts, sportarts of cardioloog van 30 euro om de twee jaar.

De tussenkost wordt uitgekeerd op basis van een rekening of factuur van voormelde zorgverstreker. De tussenkost kan nooit de gemaakte kosten overstijgen (verplichte en aanvullende tussenkost samen)

Afdeling 15 : Dienst Maatschappelijk Werk (classificatiecode : 37)
--

ARTIKEL 58

Het ziekenfonds organiseert een dienst maatschappelijk werk van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

De dienst richt zich tot iedereen en 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.

Voordeel: in uitvoering van artikel 15 van het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009, geeft de dienst sociale en psychosociale hulp en verstrekt hij informatie en advies. Meer bepaald staat de dienst in voor:

- het bieden van ondersteuning bij het oriënteren van hulp- en zorgvragen van de rechthebbenden op basis van vraagverheldering en vraagverduidelijking of het leiden van deze personen naar de georganiseerde thuiszorg;
- het in staat stellen van de rechthebbenden om hun rechten maximaal uit te putten en maximaal toegang te hebben tot zorg door hen te informeren, te adviseren en te bemiddelen;
- het aanbieden van administratieve en psychosociale ondersteuning indien de draagkracht of vaardigheden van de rechthebbenden ontoereikend zijn;
- het evalueren van het zelfzorgvermogen van de rechthebbenden;
- het proactief benaderen van rechthebbenden waarbij een indicatie van verminderd zelfzorgvermogen wordt vastgesteld;

- o het aanbieden van de mogelijkheid tot langdurige begeleiding en ondersteuning in complexe zorgsituaties of als een wijziging van zorgvorm wenselijk is;
- o het beleidsgericht signaleren van belemmerende factoren.

Er worden door deze dienst geen financiële tegemoetkomingen toegekend. Voor de realisatie van de voordelen die niet behoren tot de uitvoering van de verplichte verzekering, wordt de dienst, die een verrichting uitmaakt in de zin van artikel 3, eerste lid b) en c) van de wet van 6 augustus 1990, volledig gefinancierd met middelen die haar door de Vlaamse overheid ter beschikking worden gesteld en ledenbijdragen.

De dienst werkt overeenkomstig de werkprincipes en richtlijnen vastgelegd in het Vlaams woonzorgdecreet van 13 maart 2009, voor zover deze niet in strijd zijn met de wetten van 6 augustus 1990 en 26 april 2010.

Deze bepalingen treden in werking op **1 januari 2020**.

Afdeling 16: Administratief centrum en patrimonium (classificatiecode : 98/2 en 93)

ARTIKEL 59 A : Administratief Centrum ((classificatiecode : 98/2)

Overeenkomstig artikel 1, 4° van het Koninklijk besluit van 12 mei 2011 tot uitvoering van artikel 67, zesde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering, voorziet het ziekenfonds in een administratieve dienst die de inning van de bijdragen beoogt, 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; Het administratief centrum 98/2 beheert bovenvermelde reserves administratiekosten van de verplichte verzekering volgens de wettelijke en reglementaire bepalingen ter zake.

Aan het administratief centrum (code 98/2) worden de opbrengsten en kosten toegewezen die door de Controledienst werden vastgesteld.

ARTIKEL 59 B : Patrimonium (classificatiecode 93)

De dienst "patrimonium" koopt aan, beheert, bezit, verhuurt, leent en stelt aan het ziekenfonds ter beschikking volgens een huurcontract of gratis alle roerende en onroerende die nodig of nuttig zijn om zijn doel te realiseren, met inbegrip van de huisvesting van de administratieve diensten van het ziekenfonds. Om deze dienst in te richten wordt een samenwerkingsakkoord gesloten met de vzw Medische en Sociale Werken van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen.

Toegekende financiering : 2019 €364.821,00

Maximale financiering : 2020 €375.000,00

SAMENWERKINGSAKKOORDEN

ARTIKEL 60

Met het oog op de verwezenlijking van de doelstelling bedoeld in art. 2 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen kan de algemene vergadering samenwerkingsakkoorden afsluiten, rekening houdend met de voorwaarden bepaald bij art. 43 van voormelde wet.

Hoofdstuk VI. Gebruik en beheer van de bijdragen

ARTIKEL 61

De bijdragen van het ziekenfonds inzake de aanvullende verzekering worden opgesplitst per dienst.

De bijdragen voor de diensten worden niet gekapitaliseerd en deze diensten en verrichtingen worden zonder winstoogmerk ingericht.

ARTIKEL 62

Elke dienst ontvangt :

1. De bijdragen , de toelagen van de overheid, de giften, legaten, diverse inkomsten voor hem bestemd.
2. De ontvangen beschikbaarheden.

Elke dienst draagt zijn eigen werkingskosten en lasten.

ARTIKEL 63

De rekeningen worden op 31 december van elk jaar afgesloten, door het beheerscomité onderzocht en van de nodige uitleg voorzien, vervolgens overgemaakt aan de Raad van Bestuur die ze moet voorleggen aan de Algemene Vergadering.

ARTIKEL 64

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

ARTIKEL 65

Zowel de bijdragen inzake de aanvullende verzekering alsook de kapitalen inzake de verplichte verzekering worden beheerd overeenkomstig de wettelijke en reglementaire voorschriften.

De bijdragen mogen in geen geval onttrokken worden aan het doel waarvoor ze uitdrukkelijk bij de statuten zijn bestemd.

Hoofdstuk VII. Samenwerking.

ARTIKEL 66

Met het oog op de verwezenlijking van de doelstellingen die in artikel 2 van deze statuten worden omschreven, kan het ziekenfonds samenwerken met publiekrechtelijke en privaatrechtelijke rechtspersonen.

Hiertoe wordt een schriftelijk samenwerkingsakkoord gesloten dat het doel en de wijze van samenwerking vermeldt, alsook de rechten en de verplichtingen die hieruit voor de leden en hun personen ten laste voortvloeien.

Het samenwerkingsakkoord en de wijzigingen hieraan worden goedgekeurd door de Algemene Vergadering, eventueel opgezegd en worden doorgestuurd aan de controledienst.

Samenwerkingsakkoorden werden aangegaan met de organisaties vermeld in bijlage (3) van de statuten.

De Raad van Bestuur brengt jaarlijks aan de Algemene Vergadering verslag uit over de uitvoering van de gesloten akkoorden, alsook de wijze van aanwending van de middelen die daarvoor door het Ziekenfonds werden verstrekt.

Hoofdstuk VIII. Ontbinding.

ARTIKEL 67

In geval van stopzetting van één of meerder diensten of verrichtingen die door het ziekenfonds wordt ingericht, worden de overblijvende activa bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.

De beslissingen van de Algemene Vergadering betreffende de stopzetting van diensten en verrichtingen en de bestemming van hun overblijvende activa vallen onder de toepassing van de artikelen 10,11 en 12, § 1, derde lid van de wet van 6 augustus 1990.

ARTIKEL 68

Het ziekenfonds kan ontbonden worden mits inachtneming van de artikel 45 tot 48 van de wet van 6 augustus 1990 op de ziekenfondsen.

De beslissing tot ontbinding vereist een beslissing van de Algemene Vergadering. Er kan enkel tot de ontbinding worden besloten indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissing met een meerderheid van twee derden van de uitgebrachte stemmen wordt genomen.

ARTIKEL 69

In geval van ontbinding van het ziekenfonds, worden de overblijvende activa van de diensten of verrichtingen die door het ziekenfonds worden ingericht, bij voorrang aangewend voor de betaling van de voordelen ten gunste van de leden.

De vergoeding van de leden bedoeld in het eerste lid, kan op actuariële basis worden verricht.

Indien uit de rekeningen van de vereffening blijkt dat na de betaling van alle schulden en de consignatie van de gelden verschuldigd aan sommige schuldeisers er overblijvende activa zijn, beslist de algemene vergadering over de bestemming die gegeven wordt aan de overblijvende activa, met inachtneming van zijn statutaire doelstellingen.

Hoofdstuk IX. Statutenwijzigingen.

ARTIKEL 70

De Raad van Bestuur kan het initiatief nemen tot statuutwijzigingen. Deze Raad is verplicht elk voorstel tot wijziging gesteund door vijf bestuurders aan de Algemene Vergadering voor te leggen.

De Statuten van het ziekenfonds kunnen alleen gewijzigd worden door de Algemene Vergadering, die hiertoe bijeengeroepen wordt en beraadslaagt overeenkomstig de wet en de statuten.

Aanwezigheidsquorum : de helft van de leden en een 2/3 meerderheid van de uitgebrachte stemmen.

Indien de vereiste aanwezigheid niet is bereikt, kan een tweede vergadering rechtsgeldig beslissen ongeacht het aantal aanwezige leden.

ARTIKEL 71

De bevoegdheid om de statuten aan te passen komt toe aan de Algemene Vergadering (artikel 15, §1, 1° van de wet van 6/8/1990)

Hoofdstuk XI. Overgangsbepalingen.

De diensten overgenomen van de LANDSBOND VAN NEUTRALE ZIEKENFONDSEN per 01/01/2015 zijn opgenomen in artikel 46 – 2 en artikel 47 – 2 en 3 en artikel 57 – D en E

De diensten overgenomen van de VZW SOLIDARITEIT VAN HET NEUTRAAL ZIEKENFONDS VLAANDEREN per 01/01/2015 zijn opgenomen in artikel 55 – B

Hoofdstuk XII. Slotbepalingen.

ARTIKEL 72

Deze statuten treden in werking op 01 januari 2020

BIJLAGE(1) AAN DE STATUTEN: BIJDRAGETABEL 2019 en 2020

1. BIJDRAGETABEL PER MUTUALISTISCH GEZIN		2019	2020
Code	Diensten & verrichtingen	in euro	In euro
		Titularis Per mutualistisch gezin	Titularis Per mutualistisch gezin
CDZ/AFD			
	NZVL (235)	90,00	94,80
15	Diverse Diensten	70,92	76,20
15.02	Logopedie		
15.03	Voetverzorging		
15.05	Tandzorgen		
15.06	Optisch Materiaal		
15.09	Diverse prestaties		
15.23	Zorgverblijven		
15.24	Kortverblijf en dagopvang		
15.30	Thuisoppas zieke kinderen		
15.31	Kraamhulp		
15.32	Uitleendienst		
15.40	Ziekenvervoer		
15.50	Geboorte en adoptiepremie		
15.70	Jeugdendienst en speelpleinwerking		
15.74	Gezondheidsopvoeding en preventie		
37	Dienst Maatschappelijk Werk	1,92	1.80
93	Patrimonium	4,32	4.32
98/1	Administratief centrum		
98/2	Administratief centrum	6,00	5.76
<hr/>			
	L.N.Z.	6,84	6.72
	Verzorging in het buitenland	4,32	4.32
	N.Z. Vakanties	2,52	2.40

2. BIJDAGENTABEL MUTUALISTISCH GEZIN MET VERMINDERDE BIJDAGEN (cat 3)
3. BIJDAGENTABEL MUTUALISTISCH GEZIN (ZONDER) (MET) PERSONEN TEN LASTE (cat4)

Voor de bijdragen onder bovengenoemde categorie, zie Artikel 41, tweede lid, vermeldend :

“Voor de personen bedoeld in art.37§19 5° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is de bijdrage 0 €”

BIJLAGE (2) AAN DE STATUTEN: erkende diensten Kraamhulp

Beter Thuis van het Wit-Gele Kruis	OCMW Kalmthout
Familiehulp vzw	OCMW Kapellen
Familiezorg Oost-Vlaanderen vzw	OCMW Kapelle-op-den-bos
Gezinszorg De Regenboog vzw	OCMW Keerbergen
Familiezorg West Vlaanderen vzw	OCMW Kinrooi
Gezinszorg Villers vzw	OCMW Koksijde
Landelijke Thuiszorg vzw	OCMW Kontich
Liers Centrum voor gezinszorg vzw	OCMW Kortenaen
Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen vzw	OCMW Kraainem
Partena Gezinszorg vzw	OCMW Leopoldsburg
Pajottenslands Centrum Gezins- & Bejaardenhulp vzw	OCMW Leuven
thuiszorg vlemminckveld vzw	OCMW Lubbeek
Sociaal Centrum vzw	OCMW Maaseik
Solidariteit voor het gezin vzw	OCMW Maasmechelen
Sowel vzw	OCMW Machelen
Thuishulp vzw	OCMW Maldegem
Thuisverzorging De Eerste Lijn vzw	OCMW Mechelen
Vzw SAB	OCMW Merelbeke
Vzw Centrale	OCMW Mortsel
IMSIR	OCMW Nijlen
OCMW Antwerpen	OCMW Oostende
OCMW Asse	OCMW Oosterzele
OCMW Beersel	OCMW Puurs
OCMW Beringen	OCMW Ranst
OCMW Beveren	OCMW Ronse
OCMW Boortmeerbeek	OCMW Schelle
OCMW Bornem	OCMW Scherpenheuvel-Zichem
OCMW Borsbeek	OCMW Schilde
OCMW Boutersem	OCMW Schoten
OCMW Bree	OCMW St. Niklaas
OCMW Dessel	OCMW St. Pietersleeuw
OCMW Diepenbeek	OCMW St. Truiden
OCMW Diest	OCMW St. Katelijne-Waver
<i>OCMW Dilsen-Stokkem</i>	OCMW Temse
<i>OCMW Edegem</i>	OCMW Tessenderlo
OCMW Eeklo	OCMW Tienen
OCMW Erpe-mere	OCMW Vilvoorde
OCMW Evergem	OCMW Wetteren
OCMW Gingelom	OCMW Wijnegem
OCMW Glabbeek	OCMW Willebroek
OCMW Haacht	OCMW Wommelgem
OCMW Haaltert	OCMW Wuustwezel
OCMW Halle	OCMW Zaventem
OCMW Ham	OCMW Zele
OCMW Heers	OCMW Zelzate
OCMW Heist op den berg	OCMW Zonhoven
OCMW Heusden-Zolder	OCMW Zwalm

OCMW Hoeilaart
OCMW Houthalen
OCMW Hove
OCMW Ingelmunster

OCMW Zwijndrecht
SOCiAL
Welzijnskoepel West-Brabant
Welzijnsregio Noord-Limburg

BIJLAGE (3) AAN DE STATUTEN : SAMENWERKINGSAKKOORDEN

- VZW MEDISCHE EN SOCIALE WERKEN VAN HET VLAAMS NEUTRAAL ZIEKENFONDS (419.384.646)
- VZW KRUNSJ (443.096.196)
- VZW SOLIDARITEIT VOOR HET GEZIN (416.603.716)
- VZW NEUTRALE ZORG, BRABANT en LIMBURG (473.378.014)
- VZW SOLIDARITEIT NZVL (862.710.476)
- VZW MUTAS (442.621.094)
- COMFOPLUS (846.188.309)
- TEMPOTEAM CHILDCARE NV
- HET POETSBUREAU (STELLAR NV 0507.761.247)

BIJLAGE (4) AAN DE STATUTEN MEDIOTHEEK/UITLEENDIENST

A. Uitleendienst

Huurtarieven vanaf 01/01/2019



	Dagprij s		Basisfactuur		
Verhuur			1° mnd	Kost	Totaal
Aërosol	0,20		6,00	5,00	€ 11,00
Gaankader	0,15		4,50	5,00	€ 9,50
2-wiel rollator	0,20		6,00	5,00	€ 11,00
4-wiel rollator	0,25		7,50	5,00	€ 12,50
Rolstoel	0,35		10,50	5,00	€ 15,50
Toebehoren / Aankoop					
					Prijs
					Masker voor aërosol Kind € 6,00
					Masker voor aërosol Volwassen € 6,00
					Krukken / paar € 15,00

Aflevering via BPOST					
	Dagprij s		Basisfactuur		
Verhuur			1° mnd	Kost	Totaal
Afkolf AMEDA	0,30	(1)		(3) (4) 5,00	€ 5,00
Afkolf MEDELA Lactina+	0,60	(1)		(4) 5,00	€ 5,00
Afkolf MEDELA Symphony	2,00	(2)		(4) 5,00	€ 5,00
Babyweegschaal	0,30	(1)		(4) 5,00	€ 5,00
Pedalo	0,20	(5)	6,00	11,00	€ 17,00
Aspiratietoestel	0,30		9,00	11,00	€ 20,00
Kinderkrukken	0,20		6,00	11,00	€ 17,00
Okselkrukken	0,20		6,00	11,00	€ 17,00
4-poot stok	0,15		4,50	11,00	€ 15,50

Plaswekker	0,50		12,00	15,00	€ 27,00
Compressor voor wisseldruk	0,15		4,50	11,00	€ 15,50
(1): Terugbetaling van 90 dagen huur – wordt onmiddellijk verrekend (2): Terugbetaling van 30 dagen huur – wordt onmiddellijk verrekend (3): Forfaitaire kost - inclusief verzendingskost (4): Gratis verzending (5): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond					
Toebehoren / Aankoop					Prijs
Melkset AMEDA (enkel)					€ 23,00
Melkset MEDELA Lactina – enkel					€ 28,00
Melkset MEDELA Lactina – dubbel					€ 38,00
Melkset MEDELA Symphony – enkel					€ 25,00
Melkset MEDELA Symphony – dubbel					€ 34,00
Broekjes plaswekker Charco – per set van 2 stuks					€ 45,00
Bubblepad matras voor wisseldruk					€ 37,00

Aflevering via chauffeur					
Verhuur	Dagprijs		Basisfactuur		
			1° mnd	Kost	Levering (7)
Hometrainer	0,45	(5)	13,50	5,00	
Ligfiets	1,00	(5)	30,00	5,00	
Ergometerfiets	1,00	(5)	30,00	5,00	
Grootcellig wisseldruksysteem	2,00	(5)	60,00	30,00	
Wisseldruk zitkussen op batterij	1,50		45,00	5,00	
Passieve tillift	1,20		36,00	5,00	
Actieve tillift	1,20		36,00	5,00	
Extra gordel voor tillift	0,50		15,00		
Transfertplatform Return	1,00		30,00	5,00	
Elektrisch verzorgingsbed	0,80		24,00	5,00	
Zijsponden voor bed	0,20		6,00		
Verlengstuk voor bed	0,15		4,50		
Zelfoprichter op voet	0,20		6,00	5,00	
Bedtafel op wieltjes	0,15		4,50	5,00	
Lymphedrainagetoestel	1,00		30,00	5,00	
Hilotherm koelapparaat	10,00	(5)	(6)	5,00	
Vervang scooter bij herstelling	4,00	(5)	(6)	5,00	
(5): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond (6): Toestel heeft geen huurforfait van 1 mnd, enkel dagprijs					
(7) Leveringskosten / per rit: € 20,00 / rit binnen normaal rittenschema € 75,00 voor rit buiten het normale schema					

PAS (Persoonlijk Alarm Systeem)					
Verhuur	Dagprijs		Basisfactuur		
			1° mnd	Kost (8)	Installatie (8)

Personenalarm (vaste lijn)	0,60	(5)	18,00	20,00	
Personenalarm met SIM kaart	0,80	(5)	27,00	20,00	
Extra zender voor personenalarm	0,20	(5)	6,00		
Mobiel alarm – eigen opvolging	0,90	(5)	27,00	20,00	
Mobiel alarm met opvolging Mutas	1,10	(5)	33,00	20,00	
(5): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond					
(8) Kosten:					
€ 20,00 eenmalige opstartkost					
€ 20,00 / huisbezoek voor installatie					

Meer informatie bij bovenstaande tarieven:

- Dit zijn de voordeeltarieven voor de leden van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen. Personen die niet in regel zijn met de ziekenfondsbijdragen betalen het drievoud van de vermelde bedragen
- Bij de opstart van een huurovereenkomst betaalt u een forfait gelijk aan 30 dagen huur en een bijkomende forfaitaire kost. Vanaf dag 31 wordt de overeenkomst stilzwijgend verlengd en wordt verder huren aan dagprijs aangerekend. Het afkolfapparaat Ameda/Medela Lactina+ en de babyweegschaal kunnen gratis gebruikt worden gedurende de eerste 3 maanden (90 kalenderdagen). Deze materialen worden gratis aan huis geleverd.
- Om hygiënische redenen moet men bij sommige hulpmiddelen die men huurt, toebehoren aankopen: afkolfset bij een melkafkolfapparaat, broekjes bij de plaswekker, een masker bij een aerosol, een matras bij een ziekenhuisbed.

Reservering:

Uitleenmateriaal kan gereserveerd worden in uw plaatselijk ziekenfondskantoor of rechtstreeks bij ComfoPlus via mail info@comfoplus.be of via de telefoonnummers 03 292 21 60.

Rolwagens, loophulpen, aërosoltoestellen en krukken zijn voorradig in een plaatselijk kantoor. Een tijdige reservatie vergemakkelijkt de planning en waarborgt een vlotte levering.

Levering:

Alle materiaal kan men reserveren via een plaatselijk ziekenfondskantoor of kan aan huis geleverd worden mits een verplaatsingskost van € 20 per rit of portkost van € 6. Niet-leden betalen € 40. Opdrachten buiten de normale logistieke planning worden op vraag van de huurder uitgevoerd aan 75 per rit.

Ingeleverd materiaal dienen wij steeds na te kijken en/of te reinigen. Hiervoor wordt per artikel een forfaitaire kost aangerekend. Ook herstellingskosten worden op de gebruiker verhaald

B. Verstrekkingen

Bewegen en verplaatsen behoren tot onze dagelijkse bezigheden. Wanneer je geremd bent in uw bewegingsvrijheid kan ComfoPlus u helpen in het zoeken naar een oplossing. In onze uitleendienst kan je terecht voor loophulpen en rolwagens. Wanneer de beperking een definitief karakter heeft kan je in aanmerking komen voor een verstrekking. Een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van de kost behoort dan tot de mogelijkheden. ComfoPlus heeft een team van erkende mobiliteitshulpmiddelenverstrekkers. Deze productspecialisten coachen u bij de keuze van het juiste hulpmiddel en verzorgen voor u de aanvraagprocedure. De aanvraag kan opgestart worden met het indienen van een “Bijlage 19” – een medisch voorschrift voor een mobiliteitshulpmiddel. Dat document moet ingevuld worden door uw behandelende arts.

Bevraag u bij ComfoPlus of bij een van de medewerkers van uw ziekenfonds.