Vlaams & Neutraal Ziekenfonds
Hoogstratenplein 1
2800 Mechelen

STATUTEN

Gecoördineerde versie van kracht op 1 januari 2027

De laatste wijzigingen aan deze gecoördineerde versie van de statuten werden:
- op **17 juni 2026** beslist door de Algemene Vergadering van het VNZ;
- op **4 september 2026** goedgekeurd door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

De Controledienst heeft de volgende statutaire bepalingen goedgekeurd onder voorbehoud van een of meer wijzigingen: **nihil.**

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

Het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203) is aangesloten:
- bij de Landsbond van Neutrale Ziekenfondsen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de webstek ervan met volgend adres: https://www.unmn-lnz.be/nl/statuten
- bij de maatschappij van onderlinge bijstand Neutrale Zorgkas Vlaanderen, waarvan de statuten beschikbaar zijn op de webstek van het ziekenfonds met het volgende adres: https://www.vnz.be/statuten (andere statuten).

STATUTEN VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS (203)

Inleiding

Hoofdstuk I: **Stichting – Benaming – Doeleinden – Maatschappelijke zetel en omschrijving van het ziekenfonds**
Artikels 1 – 4

Hoofdstuk II: **Aansluiting, ontslag en uitsluiting van de leden**
Artikels 5 – 6

Hoofdstuk III: **Categorieën van leden**
Artikels 7 - 8

Hoofdstuk IV: **Organen van het ziekenfonds**
Afdeling 1: De Algemene Vergadering
Artikels 9 – 25
Afdeling 2: Vertegenwoordiging Landsbond
Artikels 26 – 29
Afdeling 3: Vertegenwoordiging VMOB & RMOB's
Artikel 30
Afdeling 4: Raad van Bestuur
Artikels 31 – 40
Afdeling 5: Het Directiecomité en Bezoldigingscomité
Artikel 41

Hoofdstuk V: **De diensten van het ziekenfonds**
Artikel 42
Afdeling 1: Logopedie
Artikel 43
Afdeling 2: Voetverzorging
Artikel 44
Afdeling 3: Verzorgingsmateriaal
Artikel 45
Afdeling 4: Orthodontie en tandzorgen
Artikel 46
Afdeling 5: Brillen, lenzen, oogpleisters en lasertherapie
Artikel 47
Afdeling 6: Diverse medische verstrekkingen
Artikel 48

Afdeling 7: Zorgverblijven
Artikel 49
Afdeling 8: Kortverblijf, dag- en nachtopvang
Artikel 50
Afdeling 9: Elektrische tandenborstel voor kinderen
Artikel 51
Afdeling 10: Thuisoppas zieke kinderen
Artikel 52
Afdeling 11: Gezinszorg, poetsdienst, thuisverpleging en kraamhulp
Artikel 53
Afdeling 12: Uitleendienst
Artikel 54
Afdeling 13: Niet-dringend ziekenvervoer
Artikel 55 - 56
Afdeling 14: Geboorte-, borstvoedings-, pleegzorg- en adoptiepremie
Artikel 57
Afdeling 15: Jeugdwerking
Artikel 58
Afdeling 16: Lidgeld sportclub
Artikel 59
Afdeling 17: Alternatieve geneeskunde
Artikel 60
Afdeling 18: Dienst informatie aan leden
Artikel 61
Afdeling 19: Dienst Maatschappelijk Werk
Artikel 62
Afdeling 20: Administratief centrum
Artikel 63
Afdeling 21: Algemene bepalingen
Artikels 64 - 65

Hoofdstuk VI: Gebruik en beheer van de bijdragen
Artikels 66 – 70

Hoofdstuk VII: Samenwerking
Artikel 71

Hoofdstuk VIII: Ontbinding en vereffening
Artikels 72 – 74

Hoofdstuk IX: Bijlagen aan de statuten

Hoofdstuk I
Stichting - Benaming – Doeleinden Maatschappelijke zetel en omschrijving van het ziekenfonds

Artikel 1.
Een mutualiteitsverbond werd gesticht te Lier op 10 april 1916 onder de benaming "Gewestelijke Tak Lier van het Algemeen Verbond der Vlaamsche Mutualistische Verenigingen van België".
De benaming "Verbond der Liersche Ziekenkassen - Tak Lier" werd bekrachtigd bij koninklijk besluit van 19 januari 1929. De benaming "Verbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen - Tak Lier" werd bekrachtigd bij koninklijk besluit van 6 juli 1967 en gewijzigd door de Algemene Vergadering van 29 oktober 1991 tot "Verbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen".
De Algemene Vergadering van 24 april 2002 wijzigde de naam in "Neutraal Ziekenfonds" (afgekort N.Z. – identificatienummer 203).

Een ziekenfonds werd gesticht te Mechelen op 9 maart 1989 onder de benaming "Verbond van Vlaamse Ziekenfondsen", erkend bij koninklijk besluit van 24 januari 1990. De Algemene Vergadering van 17 september 1997 wijzigde de naam in "Vlaams Neutraal Ziekenfonds – Vlaanderen" (afgekort V.N.Z. – identificatienummer 236).

Op grond van de beslissingen van de Algemene Vergaderingen, samengekomen te Mechelen op 9 maart 2005 van het Vlaams Neutraal Ziekenfonds – Vlaanderen (236) en te Lier op 10 maart 2005 van het Neutraal Ziekenfonds (203), zijn de beide ziekenfondsen gefusioneerd op 1 januari 2006 onder de benaming "Vlaams & Neutraal Ziekenfonds – Vlaanderen" met identificatienummer 203.

Vanaf 1 januari 2015 neemt het ziekenfonds de benaming "Vlaams & Neutraal Ziekenfonds", afgekort VNZ, aan.

In zijn betrekkingen met derden kan het ziekenfonds ook gebruik maken van volgende benamingen en afkortingen: Vlaams en Neutraal Ziekenfonds, Vlaams Neutraal Ziekenfonds 203, Vlaams Ziekenfonds, Neutraal Ziekenfonds, V&NZ, VNZ 203**,** VNZiekenfonds en VNZ-Vlaanderen.

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 haar 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 verstrekt aan hun leden of de personen te hunnen laste zowel op het vlak van verstrekkingen artsen, tandartsen, paramedici alsmede verstrekkingen en opnamen in medico-sociale instellingen aan de leden of de personen te hunnen laste.

Bovendien omvat deze taak ook de begeleiding van bedoelde leden teneinde ervoor te zorgen dat hun kwalitatieve zorgen worden verzekerd en dat de toegang tot deze zorgen voor iedereen openstaat binnen het kader van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Daarnaast zal het ziekenfonds ook instaan voor de uitbetaling van de invaliditeitsuitkeringen aan de werknemers en zelfstandigen, het uitbetalen van de uitkeringen wegens moederschapsrust, vaderschapsverlof.

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:

- logopedie,
- voetverzorging,
- verzorgingsmateriaal,
- orthodontie en tandzorgen,
- brillen, lenzen, oogpleisters en lasertherapie,
- diverse medische verstrekkingen,
- zorgverblijven,
- kortverblijf, dag- en nachtopvang,
- begeleidende persoon bij hospitalisatie,
- thuisoppas zieke kinderen,
- gezinszorg, poetsdienst, thuisverpleging en kraamhulp,
- uitleendienst,
- ziekenvervoer,
- geboorte-, borstvoedings-, pleegzorg- en adoptiepremie,
- jeugdwerking,
- lidgeld sportclub,
- alternatieve geneeskunde,
- dienst informatie aan leden,
- dienst maatschappelijk werk,
- administratief centrum (98/2).

De hierboven vermelde diensten en verrichtingen vormen de aanvullende verzekering en zijn verplicht vanaf 1 januari 2011, voor degene die toen reeds bestonden. De aansluiting bij één dienst van de aanvullende verzekering houdt (vanaf 1 januari 2011, voor degene die toen reeds bestonden) de automatische aansluiting bij alle aanvullende diensten en verrichtingen van het ziekenfonds, en de landsbond in. De prestaties in het kader van deze diensten en verrichtingen worden aangeboden volgens de beschikbare middelen.

Voor een volledige verrekening en correcte verdeling van de gemeenschappelijke administratiekosten van deze diensten, vermeld in punt b, richt het ziekenfonds een administratief verdeelcentrum (98/1) in.

Het administratief verdeelcentrum staat tevens in voor de volledige verdeling van de gemeenschappelijke werkingskosten die overeenkomstig artikel 74 en 75 van het koninklijk besluit van 21 oktober 2002 tot uitvoering van artikel 29,§§ 1 en 5, van de wet van 6 augustus 1990 niet rechtstreeks toerekenbaar zijn aan de verplichte ziekteverzekering of aan een welbepaalde dienst of verrichting georganiseerd door het ziekenfonds

Het ziekenfonds heeft eveneens tot doel de leden en de personen te hunnen laste de statutaire voordelen te laten genieten verleend door de landsbond waarbij het is aangesloten (artikel 7, § 2, van de wet van 6 augustus 1990) en door de VMOB "HospiPlus" (250/01), "Neutrale Zorgkas Vlaanderen", afgekort RMOB NZV (280/03), de Regionale Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest (280/04) en de Société Mutualiste Régionale de l'Union Régionale des Mutualités Neutres pour la Région wallonne (280/05).

Artikel 3.
De maatschappelijke zetel van het ziekenfonds is gevestigd te Mechelen, Hoogstratenplein 1 en zijn werkingsgebied strekt zich uit over het Vlaamse gewest en het grondgebied van het Brussels hoofdstedelijk gewest.
De administratieve zetel bevindt zich te Lier, Antwerpsestraat 145.

Het ziekenfonds richt zich tot al de personen die hun hoofdverblijfplaats hebben in Vlaanderen of het Brussels hoofdstedelijk gewest, alsmede tot:
- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het Waalse gewest hebben;
- de personen die hun hoofdverblijfplaats in het buitenland hebben, maar aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn;
- de Belgische militairen of diplomaten die in het buitenland verblijven**,** indien zij aan de 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 HR Rail;
- de personen die voor de verplichte verzekering aangesloten zijn bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ);
- 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 ingevolge 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 "HospiPlus" (250/01, met erkenningsnummer 2006) en de "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (280/03), allen gevestigd te Aalst, Statieplein 12.

Hoofdstuk II
Aansluiting, ontslag en uitsluiting van de leden

Artikel 5. Aansluiting bij de diensten van het ziekenfonds

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

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

- van het ziekenfonds bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook voor de diensten die zijn bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I);
- van de landsbond 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 Mutualites 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 regionale maatschappij van onderlinge bijstand "Neutrale Zorgkas Vlaanderen" (280/03), "Société Mutualiste de l'Union Nationale des Mutualites Neutres pour la Région Wallonne" en "Maatschappij van Onderlinge Bijstand van de Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen voor het Brussels Gewest" waarbij het ziekenfonds is aangesloten voor zover dergelijke aansluiting verplicht is gemaakt.

§ 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), heeft bovendien de mogelijkheid:
- om in voorkomend geval, met inachtneming van de van toepassing zijnde wettelijke, reglementaire en statutaire bepalingen, deel te nemen aan het voorhuwelijkssparen,

bedoeld in artikel 7, § 4, van de wet van 6 augustus 1990, georganiseerd door de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten;
- om zich aan te sluiten bij de regionale maatschappij van onderlinge bijstand 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.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2019.

Artikel 6. Aanvang van de aansluiting bij de aanvullende verzekering

Onder "aanvullende verzekering" van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds wordt verstaan: de diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990, alsook de diensten van het ziekenfonds bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I).
De aansluiting bij de diensten van de aanvullende verzekering neemt een aanvang:
1. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij hetzelfde ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
2. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, vanaf de eerste dag van het trimester van de inwerkingtreding van deze aansluiting;
3. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als gerechtigde inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
4. voor een persoon die als gerechtigde bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
5. voor een persoon bedoeld in artikel 5, § 1, 2, alsook voor de personen die voor de eerste keer zijn aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving;
6. voor een persoon die als persoon ten laste bij een ziekenfonds aangesloten was voor de aanvullende verzekering en die zich als persoon ten laste inschrijft bij een ander ziekenfonds, de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van de aanvraag tot inschrijving.

Artikel 7. 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 6, 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 8. Types van leden

§ 1. Inleiding

Naargelang zijn toestand m.b.t. het niveau van de betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, 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 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 en van de verplichte verzekering van de deelstaten. 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 5bis:
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 gerechtige gedurende deze periode;
b) gedurende een of meerdere maanden niet was aangesloten bij een Belgisch ziekenfonds, wordt die periode gelijkgesteld:
i° aan een periode waarvoor de persoon in regel was met zijn bijdragen wanneer deze:
a) geen lid is waarvan de mogelijkheid om de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten opgeheven is en die de 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.

In afwijking van artikel 2bis, § 1, eerste lid, 2°, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991, moet men derhalve, om te kunnen genieten van een voordeel van de betrokken diensten voor een gebeurtenis die zich voordoet in 2021, in regel zijn met de bijdragen voor de periode van 1 januari 2019 tot en met de maand tijdens dewelke deze gebeurtenis zich heeft voorgedaan.

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

Indien een persoon niet in regel is met de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering in de zin van artikel 6, voor een periode die niet verder teruggaat dan de 23e maand die voorafgaat aan de maand waarin de gebeurtenis die aanleiding kan geven tot

uitkering van een voordeel, heeft plaatsgevonden, is de mogelijkheid voor hem om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, geschorst.
Voor de toepassing van het vorig lid:
1° worden de maanden van de voornoemde periode tijdens dewelke deze persoon de hoedanigheid van gerechtigde in voornoemde zin verliest en persoon ten laste van een gerechtigde wordt, gelijkgeschakeld met maanden voor dewelke de bijdragen betaald werden.
2° worden de bijdragen die het lid, omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt, namelijk voorafgaand aan het vonnis van toelaatbaarheid of aan het verklarend vonnis van faillissement, als betaald beschouwd.

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 6, 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 6 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.

In afwijking van het vorige lid, kan een lid dat zich in een behartenswaardige situatie bevindt, onverminderd de toepassing van artikel 48bis van de wet van 6 augustus 1990, genieten van een voordeel van de aanvullende verzekering na het doorlopen van een kortere wachttijd, dat wil zeggen:

1° na een opeenvolgende periode van 6 maanden waarvoor de bijdragen moeten betaald worden zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten, indien deze persoon zich in een behartenswaardige situatie bevindt:
- hetzij in de 6 maanden die deze opeenvolgende periode voorafgaan;
- hetzij in deze opeenvolgende periode.

2° na een opeenvolgende periode van 6 tot 23 maanden waarvoor de bijdragen werden betaald zonder enig voordeel van de aanvullende verzekering te kunnen genieten, indien de behartenswaardige situatie zich na de 6de maand van deze opeenvolgende periode en voor het einde van de periode van de 24ste maand na de maand tijdens dewelke de opeenvolgende periode begonnen is voordoet. In dit geval loopt de opeenvolgende periode tot en met de maand die voorafgaat aan deze waarin de behartenswaardige situatie een aanvang genomen heeft.

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

1° de persoon die zich in de 6 maanden die voorafgaan aan het begin van de opeenvolgende periode van 6 maanden, bedoeld in alinea 4, 1° van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991, waarin hij (opnieuw) begint de
bijdragen te betalen, in één van de volgende situaties bevindt:

- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand het leefloon ingesteld bij de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand steun die geheel of gedeeltelijk door de federale overheid ten laste wordt genomen op grond van de artikelen 4 en 5 van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand de inkomensgarantie voor ouderen ingesteld bij de wet van 22 maart 2001;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand het gewaarborgd inkomen voor bejaarden ingesteld bij de wet van 1 april 1969 of is rechthebbende die het recht op de rentebijslag behoudt;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand een inkomensvervangende tegemoetkoming die wordt toegekend aan een persoon met een handicap krachtens de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap;
- hij of zij is gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand onder budgetbegeleiding of budgetbeheer bij het OCMW volgens artikel 60, §4 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand werkloosheidsuitkering waarvan het bedrag van de inkomensgarantie voor ouderen voor een alleenstaande, ingesteld bij de wet van 22 maart 2001, niet overschrijdt;
- hij of zij geniet gedurende een ononderbroken periode van minstens één volledige maand ziekte-uitkering waarvan dit bedrag het bedrag van de inkomensgarantie voor ouderen voor een alleenstaande, ingesteld bij de wet van 22 maart 2021, niet overschrijdt;
- hij of zij is in een toestand van collectieve schuldenregeling die minimum loopt tijdens een deel van het voornoemde tijdvak;
- hij of zij bevindt zich in een toestand van faillissement op voorwaarde dat het vonnis van faillietverklaring werd uitgesproken in het voornoemde tijdvak en dat het niet over een frauduleus faillissement gaat;

2° de persoon die zich, in de opeenvolgende periode bedoeld in alinea 4, 2° van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991, in een situatie bevindt bedoeld onder 1° gedurende minstens eenzelfde tijdvak als deze bedoeld onder 1°. Voor de toepassing van deze bepaling moet het vonnis bedoeld in het laatste streepje onder 1° uitgesproken worden tijdens deze opeenvolgende periode.
Indien de gebeurtenis die krachtens de statuten aanleiding kan geven tot het toekennen van een voordeel die zich voordoet na de opeenvolgende periode, bedoeld in alinea 4, 2° van het Koninklijk Besluit van 7 maart 1991, maar vóór het einde van de 23ste maand die volgt op de maand waarin de opeenvolgende periode is ingegaan, kan die persoon, in afwijking van artikel 2bis, §1er, 2° van het koninklijk besluit van 7 maart 1991, het voordeel genieten wanneer hij in orde is met zijn bijdragen voor de periode die loopt vanaf de maand waarvoor hij of zij (opnieuw) bijdragen is beginnen te betalen tot en met de maand waarin deze gebeurtenis zich voordoet.

De wachttijd, afhankelijk van de situatie, bedoeld in alinea 3 of 4 van het artikel 2quater van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 wordt opgeschort:

1° gedurende de periode van opheffing van de mogelijkheid om te genieten in functie van de beschikbare middelen tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;

2° gedurende de periode van opheffing van de mogelijkheid om te genieten in functie van de beschikbare middelen tijdens dewelke het lid, dat begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.

De periode van 24 maanden bedoeld in het vierde 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.

Geen enkele persoon kan de hoedanigheid van een lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van deze diensten opgeheven is, vanaf 1 januari 2021 verwerven.

In voorkomend geval behoudt de persoon tijdens de periode die loopt van de 25ste maand van niet-betaling van de bijdragen tot 31 december 2021, de hoedanigheid van lid van een ziekenfonds waarvan de mogelijkheid om te genieten van een voordeel van de diensten, bedoeld in artikel 3, eerste lid, b) en c), van de wet van 6 augustus 1990 is geschorst, zoals bepaald in artikel 2ter van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

De bijdragen betreffende de periode bedoeld in het tweede lid, worden toegevoegd aan de bijdragen bedoeld in artikel 2ter, tweede lid van het koninklijk besluit van 7 maart 1991, onverminderd de uitzonderingen bedoeld in het derde en het vierde lid van dit artikel 2ter. Voor de toepassing van deze uitzonderingen, moet in voorkomend geval ook de periode bedoeld in het tweede lid, in aanmerking genomen worden.

In afwijking van artikel 2bis, § 1, eerste lid, 2°, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991, moet men derhalve, om te kunnen genieten van een voordeel van de betrokken

diensten voor een gebeurtenis die zich voordoet in 2021, in regel zijn met de bijdragen voor de periode van 1 januari 2019 tot en met de maand tijdens dewelke deze gebeurtenis zich heeft voorgedaan.

Hoofdstuk IV
Organen van het ziekenfonds

Afdeling 1: De Algemene Vergadering

Samenstelling

Artikel 9.
De Algemene Vergadering bestaat uit één vertegenwoordiger per volledige schijf van 1.000 leden voor de eerste schijf van 75.000 leden en één vertegenwoordiger per volle schijf van 10.000 leden boven het ledental van 75.000 zoals bepaald in artikel 5, 2° van het K.B. van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, hieronder hernomen als K.B. van 7 maart 1991.

De 'leden' in de zin van huidig artikel, die in aanmerking worden genomen om het aantal vertegenwoordigers te bepalen in de Algemene Vergadering, zijn de gerechtigden die deel uitmaken van het ledenbestand per 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan de installatie van de Algemene Vergadering in haar nieuwe samenstelling ingevolge de verkiezing, zoals blijkt uit de staten opgesteld door het RIZIV bij toepassing van artikel 345, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

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

Personeelsleden van het ziekenfonds kunnen geen deel uitmaken van de Algemene Vergadering.

Kiesomschrijvingen

Artikel 10.
Met het oog op de verkiezingen van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering heeft het ziekenfonds slechts één kiesomschrijving die overeenstemt met het werkingsgebied van het ziekenfonds zoals bedoeld in artikel 3.
Binnen de kiesomschrijving verkiezen de leden en de personen te hunnen laste die stemgerechtigd zijn, het aantal vertegenwoordigers dat in verhouding staat tot het ledenaantal dat tot deze kiesomschrijving behoort, volgens de quota's van artikel 9, alinea 1.

Voorwaarden van kiesrecht en verkiesbaarheid

Artikel 11.
1. Om stemgerechtigd te zijn voor de verkiezing van de vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering:
   a) moet men lid zijn van het ziekenfonds of de hoedanigheid van persoon ten laste van een lid ervan hebben;
   b) moet men meerderjarig of ontvoogd zijn;
   c) wanneer het een lid betreft, moet dit lid in regel zijn met de bijdragen bij het ziekenfonds;
   d) wanneer het een persoon ten laste betreft, moet het lid van wie deze persoon ten laste is, in regel zijn met de bijdragen bij het ziekenfonds.

2. Om verkiesbaar te zijn tot vertegenwoordiger voor de Algemene Vergadering moeten de leden of personen ten laste aan volgende criteria beantwoorden:

a) stemgerechtigd zijn;
b) niet ontzet zijn uit hun burgerrechten;
c) sedert tenminste twee jaar aangesloten zijn bij het ziekenfonds voor de verkiezingsdatum;
d) geen bezoldigd personeelslid zijn van het ziekenfonds; bovenstaande regel is eveneens van toepassing op de echtgeno(o)t(e) van of de samenwonende met een bezoldigd personeelslid;
e) behoudens bruggepensioneerden, niet ontslagen zijn als personeelslid van het ziekenfonds of echtgenoot van of samenwonende met een ontslagen werknemer zijn;
f) geen parlementair mandaat bekleden.

Verkiezingsprocedure

Artikel 12.
Door middel van de publicaties in het blad, bestemd voor de leden van het ziekenfonds, en de webstek worden de leden en de personen te hunnen laste die meerderjarig of ontvoogd zijn, uiterlijk op 31 oktober van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen plaatsvinden op de hoogte gebracht van:

1. de oproep tot de kandidaturen en de wijze van kandidatuurstelling met vermelding van de voorwaarden die moeten vervuld worden en desgevallend te vergezellen van een motivatie;
2. de uiterste datum voor het indienen van de kandidaturen (uiterlijk op 30 november van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaats vinden);
3. de data die uit de verkiezingsprocedure voortvloeien.

Artikel 13.
De kandidatuurstelling gebeurt per aangetekende brief, gericht aan de voorzitter van het ziekenfonds.
De voorzitter die vaststelt dat de kandidaat niet aan de bij artikel 11 van deze statuten voorziene verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoet, deelt per aangetekende brief de betrokken kandidaat zijn gemotiveerde weigering om hem op de lijst te plaatsen mede uiterlijk op 31 december van het jaar voorafgaand aan het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden**.**
De kandidaat die deze weigering betwist, kan beroep doen op de controledienst overeenkomstig artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

Artikel 14.
De Raad van Bestuur van het ziekenfonds bepaalt de volgorde van de kandidaten op de lijsten.

Artikel 15.
De verkiezingsdatum, alsmede de lijst met de kandidaten die aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden voldoen, zal uiterlijk op 28 februari van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen zullen plaatsvinden via de publicaties in het blad, bestemd voor de leden van het ziekenfonds, aan de stemgerechtigde personen worden medegedeeld. De verkiezingen vangen aan ten vroegste acht dagen en ten laatste binnen de dertig dagen die volgen op deze mededeling.

Kiesbureau

Artikel 16.
De organisatie van en het toezicht op de kiesverrichtingen wordt toevertrouwd aan een kiesbureau samengesteld uit een voorzitter, een secretaris en twee bijzitters. Het kiesbureau wordt samengesteld ten laatste 30 dagen voor de aanvang van de kiesverrichtingen.
De voorzitter en de bijzitters van het kiesbureau worden aangesteld door de Raad van Bestuur.
De secretaris wordt aangewezen door de voorzitter 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 kantoor duidt de voorzitter bovendien een secretaris aan, onder de personeelsleden van het ziekenfonds, ten einde de stembiljetten onverwijld aan het kiesbureau te overhandigen.

Opstelling van kieslijsten

Artikel 17.
De hoedanigheid van kiezer wordt vastgesteld door de inschrijving op de kiezerslijsten.
De kiezerslijsten worden opgemaakt door het kiesbureau. Ze vermelden de naam, voornaam, lidnummer en het adres van iedere kiezer.
De kiezerslijsten worden definitief afgesloten op het einde van het kwartaal dat het kwartaal waarin de verkiezingsprocedure start, voorafgaat.

De stemming

Artikel 18.
De stemming is vrij. Aan de kiezers wordt een stembiljet gestuurd met vermelding van de datum van de verkiezing en van de mogelijkheid om het stembiljet ofwel terug te zenden ofwel in een postbus van een kantoor in te dienen. De stemming kan elektronisch gebeuren ter plaatste of op afstand indien aan de door de Raad van de Controledienst vastgestelde en goedgekeurde voorwaarden wordt voldaan.

Artikel 19.
De kiezer mag niet meer naamstemmen uitbrengen dan er te begeven mandaten zijn.
De naamstem wordt uitgebracht in het stemvak achter de naam en voornaam van de kandidaat of kandidaten aan wie de kiezer zijn stem wil geven.
Indien de kiezer zich kan verenigen met de volgorde waarin de kandidaten voorkomen op de lijst, dan brengt hij zijn stem uit in het stemvak bovenaan op die lijst.

Telling van de stemmen

Artikel 20.
Binnen de zeven werkdagen na de verkiezingsdatum gaat het kiesbureau over tot de telling van de uitgebrachte stemmen.
De vertegenwoordigers worden verkozen in volgorde van het aantal bekomen stemmen.

De uitgebrachte lijststemmen worden verdeeld over de kandidaten, in volgorde van hun rangschikking op de lijst, met het oog op het bereiken van het vereiste quorum. Het vereiste quorum wordt bereikt door het aantal geldig uitgebrachte stemmen te delen door het aantal te begeven mandaten in de betrokken kiesomschrijving.
Bij gelijkheid van stemmen voor meerdere kandidaten voor het laatste toe te kennen mandaat is de volgorde van de lijst beslissend.

Zijn ongeldig:
- andere stembiljetten dan die welke aan de kiezer zijn overhandigd;
- stembiljetten waarop niet gestemd is.

Het kiesbureau maakt 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 en van de uitslag van de stemming.

Iedere klacht met betrekking tot de mutualistische verkiezingen kan worden voorgelegd aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen. De Controledienst beschikt over dertig kalenderdagen om kennisgeving te doen van zijn beslissing aan de betrokken partijen, die kunnen opgeroepen worden om gehoord te worden in hun verdedigingsmiddelen. De betrokken partijen kunnen eveneens vragen om door de Controledienst gehoord te worden.

Vrijstelling van het organiseren van verkiezingen

Artikel 21.
Wanneer het aantal kandidaten gelijk is aan of kleiner is dan het aantal toe te kennen effectieve mandaten, dan worden deze kandidaten automatisch verkozen (artikelen 14 en 15 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991).

Artikel 22.
De leden en de stemgerechtigde personen ten laste worden door middel van de publicaties in het blad, bestemd voor de leden van het ziekenfonds, en de webstek ingelicht over de uitslagen van de stemming uiterlijk vijftien kalenderdagen na de dag van de stemming of na de vaststelling dat niet overgegaan moet worden tot stemming gelet op het feit dat het aantal kandidaten voor het geheel van het ziekenfonds kleiner of gelijk is aan het aantal effectieve mandaten.
De kandidaat die de uitslag betwist, kan beroep doen op de Controledienst overeenkomstig artikel 36 van het koninklijk besluit van 7 maart 1991.

Artikel 23.
Een exemplaar van het kiesreglement en van de publicaties bedoeld bij de artikelen 12 tot 22 van deze statuten, alsmede de samenstelling van het kiesbureau en een dubbel van het proces-verbaal van de kiesverrichtingen wordt medegedeeld aan de landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten en aan de Controledienst, binnen de dertig dagen na de datum van afsluiting van de verkiezingen.

Artikel 24.
De nieuwe Algemene Vergadering wordt geïnstalleerd uiterlijk op 30 juni van het jaar waarin de mutualistische verkiezingen hebben plaatsgevonden.
Ze kan maximum vijf raadgevers, bij de Algemene Vergadering aanduiden, en dit op voordracht van de Raad van Bestuur. Deze raadgevers hebben raadgevende stem.

De volgende personen kunnen de Algemene Vergadering met raadgevende stem bijwonen:
- de personen die in het ziekenfonds belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur, hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen;
- een persoon dat de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten heeft aangeduid om hem te vertegenwoordigen in de Algemene Vergadering van het ziekenfonds.

Bevoegdheden van de Algemene Vergadering

Artikel 25.
De Algemene Vergadering beraadslaagt en beslist over de aangelegenheden bedoeld bij artikel 15 van de wet van 6 augustus 1990 en volgens de modaliteiten vastgesteld in de artikelen 16, 17 en 18 van dezelfde wet.

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

1. de statutenwijzigingen;
2. de verkiezing en afzetting van de bestuurders;
3. de goedkeuring van de begrotingen en de jaarrekeningen;
4. het aanstellen van een of meer bedrijfsrevisoren;
5. de samenwerking met derden, bedoeld in artikel 43, behalve voor de samenwerkingsvormen bepaald door de CDZ, na advies van het Technisch Comité, beoogd in artikel 54;
6. de inrichting en de groepering van diensten in een door artikel 43bis van de wet van 6 augustus 1990 bedoelde maatschappij van onderlinge bijstand;
7. de toekenning van zitpenningen of de terugbetaling van kosten aan de bestuurders en de leden van de Algemene Vergadering;
8. de fusie met een ander ziekenfonds;
9. de aansluiting bij een andere Landsbond;
10. de ontbinding van het ziekenfonds en de handelingen betreffende de vereffening.

De Algemene Vergadering wordt door de bestuurders bijeengeroepen in de bij wet of de statuten bepaalde gevallen, alsook als ten minste een vijfde van de leden van de Algemene Vergadering dit vraagt.

Telkens de Raad van Bestuur dit nodig acht, kan een Buitengewone Algemene Vergadering worden samengeroepen. De beslissingen van de Buitengewone Algemene Vergadering worden genomen bij volstrekte meerderheid van de stemmen van de aanwezige leden.

De Algemene Vergadering wordt schriftelijk bijeengeroepen. De brief met de convocatie behoort uiterlijk 20 dagen voor de datum van de vergadering verstuurd te worden en moet de agenda bevatten.

Verliezen automatisch de hoedanigheid van stemgerechtigd of raadgevend lid van de Algemene Vergadering, diegenen die niet meer voldoen aan de verkiesbaarheidsvoorwaarden zoals vermeld in artikel 11, 2de lid.

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

Elk lid van de Algemene Vergadering moet uiterlijk acht dagen voor de datum van de Algemene Vergadering over een documentatie met de volgende gegevens beschikken:

1. het verslag over het afgelopen dienstjaar met een overzicht van de werking van de verschillende diensten;
2. de opbrengst van de ledenbijdragen en de bestemming ervan, opgesplitst over de verschillende diensten;
3. het ontwerp van de jaarrekening met de balans, de resultatenrekening en de toelichting, alsook het verslag van de revisor;
4. het begrotingsontwerp voor het volgende dienstjaar, zowel globaal als opgesplitst over de verschillende diensten;
5. het verslag over de samenwerkingsakkoorden.

Behalve in de gevallen waarin de wet of de statuten het anders bepalen, zijn de beslissingen van de Algemene Vergadering rechtsgeldig indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissingen met een eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen wordt genomen. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum de eerste maal niet is bereikt, wordt een tweede Algemene Vergadering bijeengeroepen, die rechtsgeldig beraadslaagt ongeacht hoeveel leden aanwezig zijn.

Statuten kunnen gewijzigd worden op initiatief van de Raad van Bestuur.
De Raad van Bestuur is echter verplicht elk voorstel van statutenwijziging dat door ten minste vijf bestuurders wordt gesteund, 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 bij de wet en de statuten bepaalde vormen. Er kan alleen tot een statutenwijziging besloten worden indien de helft van de leden aanwezig of vertegenwoordigd is en de beslissing met een meerderheid van twee derde van de uitgebrachte stemmen wordt genomen. Indien het vereiste aanwezigheidsquorum niet is bereikt, kan een tweede vergadering bijeengeroepen worden met dezelfde dagorde, waarvan de beslissingen rechtsgeldig zijn ongeacht hoeveel leden er aanwezig en vertegenwoordigd waren.

Behalve in geval van overmacht of hoogdringendheid moet de tekst van de statutenwijzigingen ten minste twee weken voor de Algemene Vergadering aan de leden van de Algemene Vergadering worden gestuurd.
De leden van de Algemene Vergadering kunnen deze voorstellen amenderen. De tekst van de amendementen moet ten minste zeven dagen voor de datum van de Algemene Vergadering aan de Voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenfonds gestuurd worden.

Bij staking van de stemmen is de stem van de voorzitter beslissend, behalve ingeval van geheime stemming.

Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt slechts over één stem.
Elk lid van de Algemene Vergadering kan zich bij volmacht laten vertegenwoordigen door een ander lid van diezelfde vergadering. Elke persoon mag slechts drager van één volmacht zijn.

Het mandaat van een lid van de Algemene Vergadering is onbezoldigd. Er worden aan de leden van de Algemene Vergadering die aanwezig zijn op een vergadering evenwel presentiegelden toegekend en de verplaatsingskosten worden vergoed. De precieze bedragen en modaliteiten worden opgenomen in de bijlage 5 bij deze statuten.

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

Overeenkomstig de bepalingen van artikel 32 van de wet van 6 augustus 1990 kiest de Algemene Vergadering één of meer bedrijfsrevisoren.

De revisor(en) brengt (brengen) rapport uit aan de Algemene Vergadering, die op haar agenda de goedkeuring van de jaarrekening over het dienstjaar heeft staan. Het mandaat van de revisor(en) is vastgesteld voor een hernieuwbare periode van drie jaar. De revisor(en) woont (wonen) de Algemene Vergadering bij als deze beraadslaagt over een door hem (hen) opgemaakt verslag. De revisor (en) heeft (hebben) het recht op de Algemene Vergadering het woord te voeren met betrekking tot de vervulling van zijn (hun) taak.

Het ziekenfonds respecteert de deontologische code en governancecharter van de Landsbond en dient alle officiële documenten (notulen van de Algemene Vergadering en Raad van Bestuur, de begrotingen en jaarrekeningen, de verslagen van de revisor, alsook de diverse handvesten) en schriftelijke communicatie met de Controledienst voor de Ziekenfondsen uiterlijk één maand na hun goedkeuring over te maken aan de Landsbond. De Landsbond kan ten allen tijde ook documenten opvragen bij het ziekenfonds.

Art. 25bis - Vergaderwijze

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

Opdat een zo groot mogelijk aantal verkozenen aan de vergaderingen van de Algemene Vergadering kan deelnemen, kan de Raad van Bestuur daarnaast de mogelijkheid voorzien:
1° om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,
2° om op afstand te stemmen vóór de vergadering.
De Raad van Bestuur waakt erover:
a) dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;
b) dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.
De bevoegdheden van de Raad van Bestuur die in deze paragraaf worden bedoeld kunnen overeenkomstig de wet van 6 augustus 1990 worden gedelegeerd.

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

§ 3. De bijeenroepingstermijnen, het voorziene quorum en de vereiste meerderheid, die zijn voorzien door de wet van 6 augustus 1990 of door deze statuten opdat de beraadslaging van de Algemene Vergadering geldig zou zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in §§ 1 en 2.
Wat het quorum betreft dat moet worden bereikt, worden de verkozenen die via videoconferentie aan de Algemene Vergadering deelnemen of die hun stem in het kader van een schriftelijke raadpleging hebben meegedeeld of die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In een dergelijk geval kunnen de verkozenen uiteraard geen aanspraak maken op een tussenkomst voor verplaatsingskosten.
De statutaire bepalingen over de mogelijkheid om een volmacht te geven zijn ook van toepassing wanneer de vergadering via videoconferentie wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de verkozenen die via videoconferentie aan de vergadering deelnemen in toepassing van § 1. De volmachten zijn daarentegen niet toegelaten wanneer de vergadering via schriftelijke raadpleging wordt georganiseerd.

§ 4. De bijeenroeping van de vergadering van de Algemene Vergadering vermeldt de wijze waarop de vergadering zal verlopen en in voorkomend geval de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze.

Ze vermeldt in voorkomend geval een heldere en nauwkeurige beschrijving van de procedures met betrekking tot de deelname op afstand of per schriftelijke raadpleging, de mogelijkheid om zijn stem uit te brengen vóór de vergadering en of het mogelijk is om een volmacht te geven aan een andere verkozene.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconferentie wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de verkozenen in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de algemene vergadering en om hun stemrecht uit te oefenen met betrekking tot alle punten waarover de Algemene Vergadering zich dient uit te spreken. Het elektronische communicatiemiddel moet de verkozenen bovendien in staat stellen om deel te nemen aan de beraadslagingen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer er wordt overgegaan tot een schriftelijke raadpleging:
- bevat de bijeenroeping de dagorde van de vergadering, de redenen voor het houden van de vergadering via schriftelijke raadpleging, de nodige informatie om de uitwisseling van vragen mogelijk te maken en een stembiljet met de vermeldingen 'ja', 'neen' of 'onthouding';
- vermeldt de bijeenroeping de termijn waarbinnen de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of het elektronische adres waarnaar de stembiljetten moeten worden verstuurd;
- zal de bijeenroeping ook de termijn vermelden waarbinnen vragen schriftelijk kunnen worden gesteld; de Raad van Bestuur waakt erover dat de antwoorden op de gestelde vragen ter beschikking worden gesteld van alle verkozenen zodat de verkozenen er rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun al uitgebrachte stem kunnen wijzigen in functie van die vragen en antwoorden.
Wanneer er via de post wordt geantwoord op een schriftelijke raadpleging, bewijst de datum van de afstempeling of de stem binnen de vereiste termijn werd uitgebracht. Om te worden meegeteld, moet de stem niettemin ontvangen werden binnen de 3 werkdagen na het einde van voormelde termijn.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die werden gesteld en de opmerkingen die werden gemaakt, de antwoorden die erop werden gegeven, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die werden genomen, alsook:
1° het aantal aanwezige verkozenen;
2° in voorkomend geval, het aantal verkozenen die een volmacht hebben gegeven;
3° het aantal verkozenen die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;
4° de wijze waarop de vergadering is verlopen en in voorkomend geval, de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze;
5° de eventuele technische problemen en incidenten die de deelname langs elektronische weg aan de vergadering of aan de stemming hebben belet of verstoord;
6° het aantal verkozenen die per videoconferentie aan de vergadering hebben deelgenomen en het aantal verkozenen die fysiek aan de vergadering hebben deelgenomen;
7° in voorkomend geval, het aantal verkozenen die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering.
In de notulen of op de aanwezigheidslijst zal bovendien de volgende informatie vermeld moeten worden:
1° de identiteit van de aanwezige verkozenen,
2° de identiteit van de verkozenen die een volmacht hebben gegeven en aan wie,
3° de identiteit van de verkozenen die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;
4° in voorkomend geval, de identiteit van de verkozenen naargelang de wijze van deelname aan de vergadering (fysiek, videoconferentie of schriftelijke raadpleging).

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

Afdeling 2: Verkiezing van vertegenwoordigers voor de Algemene Vergadering van de Landsbond

Artikel 26.
De afvaardiging van het ziekenfonds in de Algemene Vergadering van de landsbond zal worden bepaald door de statuten van de landsbond.

Artikel 27.
De afgevaardigden worden verkozen door de Algemene Vergadering.

Artikel 28.
De vertegenwoordigers van de leden en de personen ten laste 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, vijftien dagen voor de datum van de Algemene Vergadering die de stemming zal uitvoeren.

Artikel 29.
De voorzitter stelt een alfabetische lijst op van de geldige kandidaturen.
Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeven 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.

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

Afdeling 3: Verkiezing van afgevaardigden voor de Algemene Vergadering van de VMOB en RMOB's waarbij het ziekenfonds is aangesloten

Artikel 30.
De vertegenwoordigers van de leden en de personen ten laste die verkozen willen worden tot afgevaardigde voor de Algemene Vergadering van de RMOB's waarbij het ziekenfonds aangesloten is en de VMOB "HospiPlus" (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 begeven 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 4: Raad van Bestuur

Artikel 31.
De Raad van Bestuur van het ziekenfonds is samengesteld uit ten minste zeven en maximaal 22 bestuurders. Het aantal bestuurders mag in geen geval hoger zijn dan de helft van het aantal leden van de Algemene Vergadering.
Er mogen niet meer dan 75% van de mandaten toegekend worden aan personen van eenzelfde geslacht. De Raad van Bestuur mag niet voor meer dan één derde zijn samengesteld uit personen die door het ziekenfonds of door de Landsbond worden bezoldigd.

Er is onverenigbaarheid tussen enerzijds het uitoefenen van een functie in een ziekenfonds en in een landsbond 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 van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. De Controledienst omschrijft deze functie.

Om lid te zijn van de Raad van Bestuur moet men meerderjarig en van goed zedelijk gedrag zijn. Het is evenwel niet vereist deel uit te maken van de Algemene Vergadering.

Het ambt van bestuurder is onbezoldigd. Aan de bestuurders die aanwezig zijn op een vergadering worden evenwel presentiegelden toegekend en de verplaatsingskosten worden vergoed. De presentiegelden en verplaatsingskosten worden door de Algemene Vergadering bepaald. De precieze bedragen en modaliteiten worden opgenomen in de bijlage 5 bij deze statuten.

Artikel 32.
De Raad van Bestuur wordt verkozen door de leden van de Algemene Vergadering.

Kandidaturen worden bij aangetekend schrijven gericht aan de voorzitter van de Raad van Bestuur. Onverminderd het recht van de leden van de Algemene Vergadering van het ziekenfonds om zich kandidaat te stellen voor een bestuursfunctie, kan de Raad van Bestuur van het ziekenfonds aan de Algemene Vergadering een eigen lijst van kandidaten voorleggen. De voorzitter stelt een alfabetische lijst op van de geldige kandidaturen, die zowel op de voormelde lijst voorkomen als individueel gesteld werden.

Als het aantal kandidaten groter is dan het aantal te begeven mandaten, vindt er een geheime stemming plaats. Elk lid van de Algemene Vergadering beschikt over één stem. De kandidaten die het grootst aantal stemmen behalen, zijn verkozen.

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

De bestuurders worden verkozen voor een hernieuwbare periode van maximaal zes jaar. Als het aantal kandidaten gelijk of kleiner is aan het aantal te begeven mandaten, zijn de kandidaten automatisch verkozen.

De Raad van Bestuur kan maximum vijf raadgevers aanduiden. Deze raadgevers hebben raadgevende stem.

De volgende personen kunnen de Raad van Bestuur met raadgevende stem bijwonen:
- voor zover ze niet verkozen zijn tot bestuurder: de personen die in het ziekenfonds belast zijn met de globale verantwoordelijkheid voor het dagelijks bestuur, hetzij een andere leidinggevende functie of een directiefunctie uitoefenen;

- een persoon dat de Landsbond waarbij het ziekenfonds is aangesloten heeft aangeduid om hem te vertegenwoordigen in de Raad van Bestuur van het ziekenfonds.

Artikel 33.
Een ontslagen, ontslagnemende of overleden bestuurder kan worden vervangen op de volgende Algemene Vergadering. De op deze wijze verkozen bestuurder beëindigt het mandaat van de bestuurder die hij vervangt.
Het ontslag, de afzetting of de uitsluiting uit het ziekenfonds, of het verlies van de hoedanigheid van afgevaardigde van de Algemene Vergadering indien de bestuurder gekozen werd in die hoedanigheid, heeft automatisch het einde van het mandaat als bestuurder van het ziekenfonds voor gevolg.
Een bestuurder die twee opeenvolgende keren afwezig is zonder gemotiveerde reden, wordt beschouwd als ontslagnemend.

Verliezen automatisch de hoedanigheid van bestuurder of raadgever, diegenen die werknemer zijn van het ziekenfonds, van een RMOB of VMOB waarbij het ziekenfonds is aangesloten of van de Landsbond en die ontslagen worden om een andere reden dan brugpensioen.

Artikel 34.
De Raad van Bestuur is belast met het dagelijks bestuur, met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene Vergadering en het opmaken van de Huishoudelijke Reglementen.

De Raad van Bestuur brengt minstens één keer per jaar verslag uit bij de Algemene Vergadering over de samenwerking met derden, ongeacht de vorm ervan. Dit verslag en de notulen ervan dienen overgemaakt te worden aan de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Het verslag dient aan te geven dat de samenwerking entiteiten betreft die aan het ziekenfonds of aan de Landsbond zijn gelinkt. Indien dat het geval is, dient de aard van de bestaande banden tussen de mutualistische entiteit en de derde te worden vermeld.
De bedrijfsrevisor brengt verslag uit aan de Algemene Vergadering en aan de Controledienst over de conformiteit, de juistheid en de volledigheid van het verslag van de Raad van Bestuur. De modaliteiten van deze rapportering worden bepaald door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

De vaststelling van de bijdragen uitgezonderd, kan de Raad van Bestuur, onder zijn verantwoordelijkheid, daden van dagelijks bestuur of een deel van zijn bevoegdheden delegeren aan de voorzitter, aan één of meer bestuurders of aan het Directiecomité.
De beslissingen van de Raad van Bestuur worden genomen indien minstens de helft van de bestuurders aanwezig en vertegenwoordigd is en bij eenvoudige meerderheid van de uitgebrachte stemmen. Bij staking van stemmen is de stem van de voorzitter beslissend behalve in geval van geheime stemming.
Een bestuurder kan zich laten vertegenwoordigen door een ander bestuurder, doch met de beperking dat een bestuurder slechts drager kan zijn van één volmacht.

Artikel 35.
De Raad van Bestuur kiest in zijn midden een voorzitter, een ondervoorzitter, een secretaris en een penningmeester. De Raad van Bestuur kiest eveneens een Directiecomité, samengesteld uit bestuurders, zoals bedoeld in artikel 31.

De Raad van Bestuur benoemt en ontslaat de directeurs.

Artikel 36.
De voorzitter is belast met de leiding van de Algemene Vergadering en van de Raad van Bestuur. Hij waakt over de uitvoering van de statuten en de reglementen. Hij vertegenwoordigt het ziekenfonds in al zijn betrekkingen met de Openbare Besturen.
De voorzitter kan nochtans een algemene of bijzondere volmacht geven aan een lid van de Raad van Bestuur, om met de Openbare Besturen te onderhandelen.

De leden van de Raad van Bestuur wijzen de persoon aan die het ziekenfonds in gerechtelijke en buitengerechtelijke akten vertegenwoordigt.

Artikel 37.
De Raad van Bestuur geeft volmacht aan twee bestuurders om gezamenlijk in naam van het ziekenfonds een postrekening en/of één of meerdere bankrekeningen te openen.

De Raad van Bestuur wijst de persoon aan die in naam van het ziekenfonds geldig kwijting of ontlasting kan geven tegenover het beheer van posterijen, telefoon, postchequeambt, financiële instellingen, enz. en hij mag deze volmacht schriftelijk overdragen aan een bestuurder.

Artikel 38.
De voorzitter roept de Raad van Bestuur bijeen.
De Raad van Bestuur vergadert minstens 1 x per kwartaal en telkens de voorzitter het nodig acht.

§ 1. De Raad van Bestuur wordt in principe gehouden in aanwezigheid van de bestuurders. Opdat een zo groot mogelijk aantal bestuurders aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur kan deelnemen, kan de voorzitter daarnaast, als de Raad van Bestuur hem die bevoegdheid heeft gedelegeerd, de mogelijkheid voorzien:
1° om op afstand aan de vergadering deel te nemen via videoconferentie,
2° om op afstand te stemmen vóór de vergadering.
De voorzitter waakt erover:
a) dat de veiligheid van het elektronische communicatiemiddel is gewaarborgd;
b) dat het mogelijk is om de hoedanigheid en de identiteit van de verkozenen die stemmen te controleren.

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

§ 3. De bijeenroepingstermijnen, het voorziene quorum en de vereiste meerderheid, die zijn voorzien door de wet van 6 augustus 1990 of door deze statuten opdat de beraadslaging van de Raad van Bestuur geldig zou zijn, blijven van toepassing in de situaties bedoeld in §§ 1 en 2.
Wat het quorum betreft dat moet worden bereikt, worden de bestuurders die via videoconferentie aan de Raad van Bestuur deelnemen of die hun stem in het kader van een schriftelijke raadpleging hebben meegedeeld of die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering, geacht aanwezig te zijn op de vergadering. In een dergelijk geval kunnen de bestuurders uiteraard geen aanspraak maken op een tussenkomst voor verplaatsingskosten.

De statutaire bepalingen over de mogelijkheid om een volmacht te geven zijn ook van toepassing wanneer de vergadering via videoconferentie wordt gehouden overeenkomstig § 2 of voor de bestuurders die via videoconferentie aan de vergadering deelnemen in toepassing van § 1. De volmachten zijn daarentegen niet toegelaten wanneer de vergadering via schriftelijke raadpleging wordt georganiseerd.

§ 4. De bijeenroeping van de vergadering van de Raad van Bestuur vermeldt de wijze waarop de vergadering zal verlopen en in voorkomend geval de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze. Ze vermeldt in voorkomend geval een heldere en nauwkeurige beschrijving van de procedures met betrekking tot de deelname op afstand of per schriftelijke raadpleging, de mogelijkheid om zijn stem uit te brengen vóór de vergadering en of het mogelijk is om een volmacht te geven aan een andere bestuurder.

§ 5. Wanneer de vergadering per videoconferentie wordt georganiseerd, moet het elektronische communicatiemiddel de bestuurders in staat stellen om rechtstreeks, gelijktijdig en ononderbroken kennis te nemen van de besprekingen in de raad van bestuur en om hun stemrecht uit te oefenen met betrekking tot alle punten waarover de raad van bestuur zich dient uit te spreken. Het elektronische communicatiemiddel moet de bestuurders bovendien in staat stellen om deel te nemen aan de beraadslagingen en vragen te stellen.

§ 6. Wanneer er wordt overgegaan tot een schriftelijke raadpleging:
- bevat de bijeenroeping de dagorde van de vergadering, de redenen voor het houden van de vergadering via schriftelijke raadpleging, de nodige informatie om de uitwisseling van vragen mogelijk te maken en een stembiljet met de vermeldingen ‘ja’, ‘neen’ of ‘onthouding’;
- vermeldt de bijeenroeping de termijn waarbinnen de stem moet worden meegedeeld, het postadres en/of het elektronische adres waarnaar de stembiljetten moeten worden verstuurd;
- zal de bijeenroeping ook de termijn vermelden waarbinnen vragen schriftelijk kunnen worden gesteld; de voorzitter waakt erover dat de antwoorden op de gestelde vragen ter beschikking worden gesteld van alle bestuurders zodat de bestuurders er rekening mee kunnen houden bij de stemming en/of hun al uitgebrachte stem kunnen wijzigen in functie van die vragen en antwoorden.
Wanneer er wordt overgegaan tot een schriftelijke raadpleging via de post, bewijst de datum van de afstempeling of de stem binnen de vereiste termijn werd uitgebracht. Om te worden meegeteld, moet de stem niettemin ontvangen werden binnen de 3 werkdagen na het einde van voormelde termijn.

§ 7. De notulen van de vergadering vermelden de vragen die werden gesteld en de opmerkingen die werden gemaakt, de antwoorden die erop werden gegeven, de stemmen die werden uitgebracht en de beslissingen die werden genomen, alsook:
1° het aantal aanwezige bestuurders;
2° in voorkomend geval, het aantal bestuurders die een volmacht hebben gegeven;
3° het aantal bestuurders die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;
4° de wijze waarop de vergadering is verlopen en in voorkomend geval de uitzonderlijke omstandigheden en/of de dringende noodzaak die aan de basis liggen van de keuze voor deze vergaderwijze;
5° de eventuele technische problemen en incidenten die de deelname langs elektronische weg aan de vergadering of aan de stemming hebben belet of verstoord;
6° het aantal bestuurders die per videoconferentie aan de vergadering hebben deelgenomen en het aantal bestuurders die fysiek aan de vergadering hebben deelgenomen;
7° in voorkomend geval, het aantal bestuurders die op afstand hebben gestemd vóór de vergadering.

In de notulen of op de aanwezigheidslijst zal bovendien de volgende informatie vermeld moeten worden:
1° de identiteit van de aanwezige bestuurders,
2° de identiteit van de bestuurders die een volmacht hebben gegeven en aan wie,
3° de identiteit van de bestuurders die niet aanwezig, noch vertegenwoordigd waren;
4° in voorkomend geval, de identiteit van de bestuurders naargelang de wijze van deelname aan de vergadering (fysiek, videoconferentie of schriftelijke raadpleging).

De voorzitter dient een extra Raad van Bestuur samen te roepen indien hij daartoe wordt uitgenodigd door één derde van de verkozen leden van de Raad van Bestuur. De vergadering vindt plaats binnen de dertig dagen na ontvangst van een aangetekend schrijven dienaangaande met opgave van het (de) agendapunt(en).

Artikel 39.
De secretaris verricht al het nodige schrijfwerk van de vergaderingen en stelt eveneens hiervan de processen-verbaal op.

Artikel 40.
De penningmeester is verantwoordelijk tegenover de Raad van Bestuur voor al de geldverhandelingen van het ziekenfonds, het bijhouden van de boeken die door de reglementering zijn voorgeschreven, het opmaken van de statistieken, alsmede de financiële toestand.

Afdeling 5: Het Directiecomité en Bezoldigingscomité

Artikel 41.
Het directiecomité bestaat uit de verkozen bestuurders die directielid zijn van het ziekenfonds en de voorzitter als raadgever.

De leden van het directiecomité worden door de Raad van Bestuur aangesteld voor een hernieuwbare periode van maximaal zes jaar. Directieleden van het ziekenfonds die geen bestuurder zijn, wonen het directiecomité met raadgevende stem bij.

Verliezen automatisch de hoedanigheid van lid van het Directiecomité of raadgever, diegenen die ontslagen worden om een andere reden dan brugpensioen.

Het bezoldigingscomité bestaat uit de voorzitter, ondervoorzitter, secretaris, penningmeester en algemeen directeur van het ziekenfonds voor zover deze bestuurders zijn.

Hoofdstuk V
De diensten van het ziekenfonds: volgens de beschikbare middelen gewaarborgde voordelen, bijzondere aansluitingsvoorwaarden en bijdragen

Artikel 42.
Het ziekenfonds organiseert voor haar leden en de personen te hunnen laste de bij artikel 2 van deze statuten voorziene diensten volgens de hierna vastgestelde modaliteiten:

1. Omschrijving:
   Iedere persoon die bij het ziekenfonds is aangesloten, heeft toegang tot de dienst, ongeacht de leeftijd, het geslacht en de gezondheidstoestand van die persoon.
2. Voorwaarde:
   - de bijdrage zoals voorzien in de ETAC-tabel betalen per mutualistisch gezin in de zin van het koninklijk besluit van 2 maart 2011 tot uitvoering van artikel 67, 2de tot 4de lid, van de wet van 26 april 2010.
3. Betaling:
   De betaling van de bijdrage voor de diensten en verrichtingen en de diensten beoogd in voormeld artikel 67, 5de lid, van de wet van 26 april 2010 is verplicht per mutualistisch gezin. Volgende categorieën van leden betalen een bijdrage van 0 euro:

- de personen jonger dan 21 jaar, die getroffen zijn door een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % zoals bedoeld in artikel 8, 6° van het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde tegemoetkoming, ingeschreven bij hun ziekenfonds als gerechtigde voor de verplichte verzekering en hun personen ten laste;
- de personen jonger dan 25 jaar, aan wie één van de tegemoetkomingen bedoeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, wordt verleend zoals bedoeld in artikel 8, 5° van het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde tegemoetkoming, ingeschreven bij hun ziekenfonds als gerechtigde voor de verplichte verzekering en hun personen ten laste.

4. Verjaring:
   De vordering tot de betaling van de bij de artikelen 43 tot en met 60 van deze statuten voorziene voordelen verjaren overeenkomstig de bepalingen van artikel 48 bis van de wet van 6 augustus 1990. Van deze verjaring mag niet worden afgeweken door het ziekenfonds.
5. Hernieuwing:
   Voordelen waarvan de hernieuwingstermijn is uitgedrukt per kalenderjaar worden bekeken vanaf 1 januari t.e.m. 31 december van dat zelfde jaar. Diensten die per x-aantal jaar worden aangeboden gaan in vanaf de verstrekkingsdatum van de (eerste) tussenkomst en kunnen vernieuwd worden vanaf deze datum + x aantal jaren.
6. Totaalbedrag van de tussenkomst:
   De waarborg aangeboden door de diensten en verrichtingen opgeteld met de tussenkomsten, die toegekend worden aan het lid krachtens een wettelijke of reglementaire bepaling, mag niet lager zijn voor de leden met een 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.

Afdeling 1. Logopedie (15)

Artikel 43.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'logopedie' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

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, of de wettelijke rechten uitgeput zijn voorzien door de verplichte verzekering of het RIZIV geen tegemoetkoming voorziet.
De aanvraag omvat altijd:
- een aanvraagformulier;
- een logopedisch verslag.

De goedkeuring wordt voor 80 sessies toegekend. Dit is de maximale tegemoetkoming voor een stoornis.

Tussenkomst:
De tussenkomst bedraagt € 10 per zitting van 30 minuten, mits voorlegging van een attest of een getuigschrift voor verstrekte hulp afgeleverd door een logopedist(e) In totaal worden maximaal 80 sessies vergoed. Deze kunnen éénmalig met 80 sessies verlengd worden voor een andere stoornis en dit ongeacht de leeftijd.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2027.

Afdeling 2. Voetverzorging (15)

Artikel 44.
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 voor voetverzorging moet gestaafd worden door een attest of factuur van een podoloog of voetverzorg(st)er waarop het BTW-nummer of KBO-nummer vermeld staat.

De tussenkomst bedraagt 10 euro per prestatie onder de volgende voorwaarden:
- maximum 4 prestaties (€ 40) per kalenderjaar;
- minstens 60 jaar oud zijn.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 3. Verzorgingsmateriaal (15)

Artikel 45.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'verzorgingsmateriaal' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt. Deze dienst voorziet tussenkomst voor luiers van peuters voor zover het kind op datum van de aankoop ervan rechthebbende is van het ziekenfonds.

Aanvraag:
De aanvraag voor tussenkomst moet gestaafd worden door een rekening of factuur van de winkel of online firma.

Tussenkomst voor luierbroekjes:
De tussenkomst bedraagt € 100 per levensjaar voor peuters tot hun 3de verjaardag. Het gaat per kind om een tegemoetkoming van maximum € 300 euro.
Dit geldt ook voor herbruikbare luiers en een luierabonnement.

Afdeling 4. Orthodontie en tandzorgen (15)

Artikel 46.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'orthodontie en tandzorgen' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.
Deze dienst voorziet een tussenkomst voor orthodontische behandelingen enerzijds, en bruggen, tandprothesen, tandimplantaten, kronen, extracties en stifttanden, anderzijds.

Tussenkomst voor orthodontische behandelingen:
Daartoe dient een aanvraag om tegemoetkoming voor een orthodontische behandeling voor het kind te worden ingediend vóór het kind de maximumleeftijd heeft bereikt die door de reglementering in de verplichte verzekering werd vastgelegd.

De terugbetaling mag maximaal € 1.400 bedragen, te betalen als volgt :
- € 175 bij het aanbrengen van het apparaat (code 305631);
- € 175 na 6 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 175 na 12 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 175 na 18 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896)*;
- € 175 na 24 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896)*;
- € 175 na 30 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896);
- € 175 na 36 raadplegingen (code 305616, 305653, 305852 of 305896)
- € 175 bij de beëindiging van de behandeling (op basis van een attest van de orthodontist)*.

Zonder terugbetaling uit de wettelijke ziekteverzekering wordt slechts één forfaitaire tegemoetkoming van € 175 voor één enkele behandeling na 6 maanden behandeling gewaarborgd voor alle rechthebbenden.

De terugbetaling geschiedt op grond van het voorleggen van een attest of factuur van een orthodontist.

Tussenkomst voor bruggen, tandprothesen, tandimplantaten, kronen, extracties en stifttanden:
De uitkering bedraagt 25% van het persoonlijk aandeel met een maximum van € 1.400 per 2 jaar. Komen ook in aanmerking voor de terugbetaling: facings, inlay & onlay en herstellingen.

Aanvraag:

De aanvraag voor tussenkomst moet gestaafd worden door een attest of factuur afgeleverd door een tandarts of stomatoloog.

Deze tegemoetkoming geldt niet voor orthodontische behandelingen, prestaties in het buitenland en indien er een tussenkomst is in de 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.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2024.

Afdeling 5. Brillen, lenzen, oogpleisters, lasertherapie en lensimplantaten(15)

Artikel 47.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'brillen, lenzen, oogpleisters en lasertherapie' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst voor brillen, lenzen of oogpleisters:
De dienst verleent een tussenkomst van maximum € 50 voor al dit optisch materiaal samen (monturen, brilglazen en lenzen) aan de effectieve leden en hun personen ten laste. Deze tegemoetkoming kan ook uitgekeerd worden voor de aankoop van oogpleisters bij de behandeling van een lui oog (amblyopie).
De tussenkomst wordt maximaal éénmaal per kalenderjaar uitgekeerd na voorlegging van een attest of factuur en kan nooit hoger zijn dan het effectief betaalde bedrag.
Daarbovenop voorziet het ziekenfonds om de 4 jaar tot € 50 extra voor alle rechthebbenden, mits afgifte van het voorschrift van de oogarts.

Deze tegemoetkomingen gelden niet bij aankopen met dioptrie nul voor beide ogen of indien er een tussenkomst is in de 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. Dit ongeacht of de wettelijke tegemoetkoming monturen, brilglazen, lenzen of oogpleisters betreft.

Tussenkomst voor lensimplantaten, laser- of ultrasone methode, keratotomie (krasjesmethode) en NearVision CK:
- voor alle rechthebbenden;
- een eenmalige tegemoetkoming van € 200 (€ 100 per behandeld oog);
- beperkt tot de betaalde prijs en verminderd met de toegewezen terugbetaling in de verplichte verzekering.

De terugbetaling gebeurt op vertoon van een attest of factuur.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 6. Diverse medische verstrekkingen (15)

Artikel 48.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'diverse medische verstrekkingen' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.
Deze dienst heeft als doel tussenkomst te verlenen bij preventieve hartscreening of sportmedische keuring, het lidmaatschap van een diabetesvereniging, vaccinaties, oordoppen op maat, rookstopmiddelen, diëtetiek, psychologische begeleiding, podologische zolen, medische apps en genetische dragerschapsscreening vóór zwangerschap.

Tussenkomst voor preventieve hartscreening of sportmedische keuring:
Deze dienst verleent een tussenkomst van 50% tot 50 euro per kalenderjaar voor een preventieve hartscreening of sportmedische keuring bij de huisarts, sportarts of cardioloog. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van voormelde zorgverstrekker.
Deze tegemoetkoming geldt niet indien er een tussenkomst is voor hetzelfde onderzoek in de 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.

Tussenkomst 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.

Tussenkomst voor vaccinaties:
Een tussenkomst van 50% beperkt tot max. 50 euro per kalenderjaar wordt uitgekeerd op basis van een factuur of apothekersattest met vermelding van de betaalde prijs.

Deze tegemoetkoming geldt voor de volgende vaccinaties en antimalariamiddelen:
Abrysvo, Act-Hib, Agrippal, Alpharix (tetra), Ambirix, Apexxnar, Arexvy, Atovaquone Proguanil, Avaxim, Begripal, Bexsero, Boostrix, Boostrix polio, Broncho-Vaxom, Capvaxive, Cervarix, Doxycycline, Dukoral, Efluelda, Encepur, Engerix-B, Epaxal, Fendrix, Fluad, FSME (Immun), Gardasil, Gardasil 9, Havrix, Hbvaxpro, Hepatyrix, Hexyon, Immugrip, Imovax (Polio), Infanrix (Hexa/IPV), Inflexal V, Influvac (tetra), Intanza, Ixchiq, Ixiaro, Je-vax, Lariam, Malaprotec, Malarone, Mencevax, Meningitec, Meningovax, Menjugate, Menveo, Merieux HDCV, MMR vax (Pro), Mutagrip S, Neisvac-C, Nimenrix, Nivaquine, Pandemrix, Pneumo(vax) 23, Prevenar, Prevenar 13, Priorix, ProQuad, Provarivax, Provaquoneg, Qdenga, Rabipur, Rabique, Revaxis, Rotarix, Rotateq, Shingrix, Stamaril, Synflorix, Tedivax, Tetravax, Triaxis (Polio), Trumenba, Twinrix, Typherix, Typhim (Vi), Uro-Vaxom, Vaqta, Varilrix, Varivax, Vaxelis, Vaxigrip (tetra), Vaxneuvance, Verorab, Vivotif (Berna) en Zostavax, maar niet bij een pandemie of indien er een tussenkomst is in de 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.

Tussenkomst voor oordoppen op maat (otoplastieken):
Een tussenkomst van 50% beperkt tot max. 50 euro per kalenderjaar wordt uitgekeerd op basis van een factuur of attest van een audicien of audioloog met vermelding van de betaalde prijs.

Deze tegemoetkoming 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 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.

Tussenkomst voor rookstopmiddelen:
Deze dienst verleent een tussenkomst van 50% tot 50 euro per kalenderjaar voor een geneesmiddel of behandeling die de roker helpt bij het stoppen met roken. De middelen of behandelingen die recht geven op terugbetaling op basis van de ZIV-nomenclatuur, komen niet in aanmerking voor een tussenkomst. De tussenkomst wordt enkel en alleen verleend bij voorlegging van attest van de apotheker die het geneesmiddel heeft afgeleverd of op basis van een factuur m.b.t. een rookstopbehandeling.

Tussenkomst voor diëtetiek:
Alle leden kunnen tot vijfmaal per kalenderjaar € 10 terugbetaling krijgen voor behandelingen door een diëtist(e) of dieetbegeleiding bij WeightWatchers.
De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van voormelde zorgverstrekker of organisatie.

Tussenkomst voor psychologische begeleiding:
Indien er geen wettelijke tegemoetkoming voorzien is, kunnen alle leden tot twintig maal per kalenderjaar terugbetaling krijgen voor behandelingen door een master in de orthopedagogie of psychologie, een orthopedagoog of psycholoog die beschikt over een visumnummer van de FOD Volksgezondheid of een psycholoog aangesloten is bij de psychologencommissie**,** een seksuoloog aangesloten bij de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie of een psychotherapeut die aangesloten is bij een beroepsvereniging.
De tussenkomst van € 20 per sessie wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van voormelde zorgverstrekker.

Tussenkomst voor menopauzeconsulent:
Indien er geen wettelijke tegemoetkoming voorzien is, kunnen alle leden tot vijfmaal in het leven terugbetaling krijgen voor consultatie bij een menopauzeconsulent met een behaald postgraduaat in een hogeschool.
De tussenkomst van € 20 voor maximaal 5 sessies wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van voormelde zorgverstrekker.

Tussenkomst voor podologische zolen:
Deze dienst verleent een tussenkomst van 25 euro per podologische zool, afgeleverd door een erkend podoloog, met een maximum van 50 euro per kalenderjaar per persoon. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van de podoloog met vermelding van het betaald bedrag. Deze tegemoetkoming 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 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. Het onderzoek bij de podoloog komt evenmin in aanmerking, net als zolen die worden vervaardigd door een orthopedist of bandagist.

Tussenkomst voor medische apps:
Deze dienst kent een tegemoetkoming toe ten voordele van de gerechtigden en hun personen ten laste, in de abonnementskosten van online medische applicaties in het kader van preventie of revalidatie.
De tegemoetkoming is een vast bedrag tot 30 euro per kalenderjaar voor de aankoop of het abonnement per medische app, die erkend is door mHealth Belgium of voorgeschreven door een arts.

De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een attest, ondertekend door de voorschrijvende arts of indien erkend door mHealth Belgium, door middel van het voorleggen van een factuur of betalingsbewijs. Het bedrag van deze tegemoetkomingen kan nooit hoger zijn dan de betaalde prijs.

Tussenkomst genetische dragerschapsscreening vóór zwangerschap:
Deze dienst verleent een tussenkomst tot 250 euro (€ 125 per aangeslotene) voor een BEGECS test of een PGT-test (Pre-implantatie genetische test CME). De screening wordt uitgevoerd in een Belgisch genetisch centrum of fertiliteitscentrum. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een factuur van dit centrum met vermelding van aard van de test, en betaald bedrag. De tegemoetkoming is éénmalig en geldt niet indien er een tussenkomst is uit de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen.

Tussenkomst foliumzuur met het oog op zwangerschap:
Deze dienst verleent een tussenkomst tot 30 euro per kalenderjaar aan de rechthebbenden van het ziekenfonds voor de aankoop van foliumzuur met het oog op een zwangerschap. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van het betalingsbewijs van de aankoop van het foliumzuur.

Tussenkomst voor EHBO-cursus:
Deze dienst verleent een tussenkomst tot 30 euro per jaar voor een aangeslotene die een EHBO-opleiding of cursus reanimeren en defibrilleren volgt, waarvoor een eigen bijdrage wordt gevraagd.
De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een attest of factuur van de organisator.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2027.

Afdeling 7. Zorgverblijven (15)

Artikel 49.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'zorgverblijven' voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst:
De dienst verleent een tussenkomst van maximum 25 euro per overnachting in de verblijfkosten van de herstellende voor een zorgverblijf.
Een eventuele begeleider komt niet in aanmerking voor de tegemoetkoming.

Voor een zorgverblijf moet steeds een akkoord van de adviserend arts verkregen worden op basis van een aanvraagformulier. De duur van het zorgverblijf is afhankelijk van het advies van de adviserend arts. De zorgverblijven worden toegekend in periodes van 7 overnachtingen met een maximum van 28 overnachtingen per kalenderjaar.
Een verlenging van het zorgverblijf kan tijdens het verblijf via een medisch attest aangevraagd worden mits akkoord van de adviserend arts van het ziekenfonds. De maximumduur van het zorgverblijf kan niet verlengd worden. Deze tegemoetkoming kan voor eenzelfde aandoening maar één keer per kalenderjaar toegekend 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 geneesheer-specialist met de 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 (depressie en burn-out). De betrokkene is in behandeling bij een psychiater.

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 een psychiatrische aandoening, met uitzondering van stemmingsstoornissen (depressie en burn-out), komen niet in aanmerking voor een zorgverblijf.

Afdeling 8. Kortverblijf, dag- en nachtopvang (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 tijdelijk verblijf met overnachting bedoeld in één van de door de Vlaamse overheid erkende centra voor kortverblijf, centra voor herstelverblijf, woonzorgcentra, vergunde zorgaanbieders en multifunctionele centra.

De tussenkomst bedraagt 15 euro per overnachting met een maximum van 28 overnachtingen per kalenderjaar.
De tussenkomst wordt ook verleend in de bijkomende organisaties zoals opgenomen in bijlage 2 van deze statuten.

Tussenkomst dag- en nachtopvang:
Dagopvang wordt toegekend in één van de door de Vlaamse overheid erkende dag(verzorgings)centra, woonzorgcentra, vergunde zorgaanbieders, groenezorginitiatieven en multifunctionele centra. Nachtopvang wordt toegekend in één van de door de Vlaamse overheid erkende diensten voor oppashulp, diensten voor gezinszorg, centra kortverblijf met aanbod nachtzorg, palliatief netwerk, woonzorgcentra, vergunde zorgaanbieders en multifunctionele centra.
De tussenkomst voor dag- en nachtopvang bedraagt 5 euro per dag of nacht en is beperkt tot maximum 50 dagen of nachten per kalenderjaar.
De tussenkomst wordt ook verleend in de bijkomende organisaties zoals opgenomen in bijlage 2bis van deze statuten.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2022.

Afdeling 9. Elektrische tandenborstel voor kinderen (15)

Artikel 51.
Het ziekenfonds organiseert in het kader van preventieve tandzorg een dienst 'elektrische tandenborstel voor kinderen' voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst:
De dienst verleent een tussenkomst voor de aankoop van een elektrische tandenborstel:
- voor kinderen van 3 tot en met 5 jaar: € 25 (éénmalig tijdens deze 3 jaren);
- voor jongeren van 6 tot en met 11 jaar: € 50 (éénmalig tijdens deze 6 jaren).

De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een rekening of factuur van de winkel of online firma.

Het bedrag van deze tegemoetkoming kan nooit hoger zijn dan de betaalde prijs.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 10. Thuisoppas zieke kinderen (15)

Artikel 52.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'thuisoppas zieke kinderen' voor de leden en de personen ten laste indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Voor deze dienst doet het ziekenfonds een beroep op een samenwerking met derden met 'i-mens' en het 'Uitzendkantoor Manpower Personal Services'.

De dienstverlening is onderworpen aan een aantal voorwaarden:
- aanvragen thuisoppas zijn enkel bedoeld voor acuut zieke kinderen tussen 3 maanden 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 5 en max. 9 uur bedragen en vinden plaats tussen 7 en 18 uur;
- de prestatie wordt gratis aangeboden;
- bij oneigenlijk gebruik, overschrijding van de maximale duur (9 uur) en laattijdige annulering zal 50 euro administratiekosten aangerekend worden.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2021.

Afdeling 11. Gezinszorg, poetsdienst en kraamhulp (15)

Artikel 53.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'gezinszorg, poetsdienst en kraamhulp' voor de leden en de personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

<u>Gezinszorg en poetsdienst:</u>
Voor bijstand bij het zoeken naar gezinszorg en poetsdienst, kunnen de leden een beroep doen op de dienstverlening door de vzw 'i-mens', waarmee het ziekenfonds een samenwerkingsovereenkomst zonder financiële verplichtingen heeft afgesloten. Het ziekenfonds voorziet geen specifieke tussenkomsten of voorwaarden.

<u>Tussenkomst kraamhulp:</u>
Een tussenkomst van € 5 per gepresteerd uur onder de volgende voorwaarden:
- maximum 60 uren per ingeschreven (on)geboren kind;

- binnen de 30 dagen voor en 180 dagen na de bevalling of het ontslag van het kind uit de kraaminrichting;
- voor een kraamhotel of voor een borstvoedings- en bevallingscoach (doula) wordt tot maximaal 20 uren per dag terugbetaald;
- op het moment van de uitgave moet de ouder bij wie het kind als persoon ten laste is ingeschreven, aangesloten zijn bij het ziekenfonds.

Deze tussenkomst wordt terugbetaald op basis van een factuur of attest.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2027.

Afdeling 12. Uitleendienst (15)

Artikel 54.
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 (aankoop materiaal, beheer thuisleveringen en 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. 35 euro (wanneer de rit binnen het normale rittenschema valt), 50 euro (indien verdieping) of 75 euro voor een spoedlevering (binnen de 8 werkuren). De kost voor zowel de leverings- als ophaalrit wordt bij de levering meteen verrekend. In bijlage 3 wordt de forfaitaire reinigingskost (standaard € 7,50), de eventuele leveringskost of aan te kopen toebehoren per product omschreven. Voor de installatie van een personenalarm: 35 euro opstartkost en 35 euro voor de installatie. Indien een product beschadigd of ongereinigd wordt teruggebracht, kan een schadevergoeding gevraagd worden.
De gebruiksvergoeding voor minstens 30 dagen wordt niet terugbetaald.
Bij langdurige uitlening 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, verplaatsings- en eventuele aankoopkosten, alsook de huur van een hometrainer, pedalo, grootcellig wisseldruksysteem (alternerende antidecubitusmatras), alternerend zitkussen, ligfiets, ergometerfiets, hilotherm koelapparaat, demonteerbaar scootmobiel, vervangscooter bij herstelling, personenalarm, 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 1 maand gratis een afkolfapparaat van het type Medela Symphony en babyweegschaal ontlenen; enkel de onderhoudsbijdrage van 7,50 euro wordt aangerekend.

Alle huurprijzen en eventueel aan te kopen producten zijn terug te vinden in bijlage 3 van deze statuten of via www.vnz.be.

Leden die op 1 januari van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming genieten in het kader van de wettelijke ziekteverzekering en een personenalarm huren bij de vzw ComfoPlus, krijgen in het eerste kwartaal van het volgende kalenderjaar een tussenkomst van 5 euro per maand huur van een PAS-toestel (tot € 60/jaar).

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.

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. De tussenkomst wordt uitgekeerd op basis van een rekening of factuur van een ergotherapeut.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2027.

Afdeling 13. Niet-dringend ziekenvervoer (15)

Artikel 55.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'niet-dringend ziekenvervoer' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst:
Deze dienst heeft als doel een tussenkomst te verlenen in de volgende gevallen:

1. bij opname in en ontslag uit een ziekenhuis, psychiatrische instelling, preventorium, revalidatiecentrum, woonzorgcentrum of palliatief centrum;
2. bij overbrenging van een patiënt, die verblijft in één van de in punt 1 vermelde verzorgingsinstellingen naar een andere verzorgingsinstelling of voor ambulante verzorging;
3. bij verplaatsing voor een ambulante behandeling in een ziekenhuis, een spoedopname, een consultatie van een geneesheer specialist in een ziekenhuis of in een diagnosecentrum;
4. bij verplaatsing voor nierdialyse, radium- of chemotherapie;
5. bij verplaatsing voor ander reeksvervoer na transplantaties en revalidatie.

<u>Tussenkomst voor vervoer van de in punten 1, 2 en 3 vermelde situaties:</u>

- openbaar vervoer: 50% van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 25 per rit;
- klinimobiel of ziekenwagen: 50% van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 150 per rit;
- taxi of minder mobiele centrale: 50% van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 75 per rit;
- helikopter: 75% van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 1.250 per vlucht;
- eigen vervoer (enkel voor volwassenen): € 0,10 per kilometer met een maximum van € 25 per rit. Voor de in punt 3 vermelde situatie dient de behandelende arts of het ziekenhuis een medisch attest af te leveren waarin verklaard wordt dat de betrokkene niet in staat was zelf te rijden.

<u>Tussenkomst voor vervoer van de in punten 4 en 5 vermelde situaties:</u>

- openbaar vervoer, klinimobiel of ziekenwagen: 90% van de rekening (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 150 per rit;
- taxi of minder mobiele centrale: 90% van de rekening inclusief het wachtgeld (met de vergoeding van de verplichte verzekering inbegrepen) met een maximum van € 75 per rit.
- Eigen vervoer: € 0,10 per kilometer met een maximum van € 25 per rit.

<u>Tussenkomst voor vervoer naar een vaccinatiecentrum:</u>

- openbaar vervoer, taxi of minder mobiele centrale: 50% van de rekening met een maximum van € 10 per (inentings)dag;
- bewijsstuk: rekening en oproepingsbrief vaccinatiecampagne.

Dit voordeel treedt naar aanleiding van de coronapandemie uitzonderlijk in op 1 april 2021.

Bij iedere aanvraag voor tegemoetkoming moet het lid een factuur of attest kunnen voorleggen. Voor de tussenkomst uit punt 4 is een extra document van de instelling vereist in het kader van de wettelijke tegemoetkoming voor verplaatsingskosten.

De tussenkomst voor vervoer van de in punten 1 tot en met 5 vermelde gevallen zal rechtstreeks aan de vervoerdienst betaald worden indien het ziekenfonds een conventie heeft afgesloten met deze dienst. De tarieven voor de tussenkomst staan vermeld in de contracten van de verschillende vervoersdiensten.

Bij sport-, school-, arbeids- of verkeersongevallen kan de tussenkomst worden verleend op voorwaarde dat het lid het ziekenfonds subrogeert in zijn rechten tegen eventueel aansprakelijke derde.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2020.

Artikel 56.
Voor bijstand bij het zoeken naar niet-dringend secundair ziekenvervoer, kunnen de leden een beroep doen op de diensten van de vzw Mutas, waarmee het ziekenfonds een samenwerking heeft afgesloten. De leden van het ziekenfonds kunnen via het nummer 078 15 95 95 alle dagen van de week, 24 uur op 24, een beroep doen op de centrale. Zij zullen de aanvragen door de leden voor niet-dringend secundair ziekenvervoer beoordelen, uitvoeren of de uitvoering hiervan opdragen aan de daartoe het meest in aanmerking komende gecontracteerde vervoerder.

Afdeling 14. Geboorte-, borstvoedings-, pleegzorg- en adoptiepremie (15)

Artikel 57.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'geboorte-, borstvoedings-, pleegzorg- en adoptiepremie' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomsten:
Het ziekenfonds betaalt:

- mits voorlegging van een geboorteattest afgeleverd door het gemeentebestuur of een uittreksel uit de Kruispuntbank, een premie van € 300 per kind aan elke aangesloten ouder bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds op het moment van de geboorte.
- mits voorlegging van een attest van een arts, verloskundige, lactatiekundige of medewerker Agentschap Opgroeien waarbij bevestigd wordt dat het kind borstvoeding krijgt, een premie van € 50 euro bij aanvang van de borstvoeding voor geboortes vanaf 1 januari 2027. Na drie maanden borstvoeding kan op basis van een nieuw attest een tweede borstvoedingspremie van 50 euro gestort worden. Deze tussenkomsten gelden per baby en voor zover de moeder bij het ziekenfonds aangesloten is.
- mits voorlegging van een attest van adoptie afgeleverd door het gemeentebestuur, een premie van € 300 per minderjarig kind aan elke aangesloten adoptieouder bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds op het moment van de adoptie.
- mits voorlegging van een bewijs van langdurige pleegzorg afgeleverd door de dienst 'Pleegzorg', een premie van € 300 per minderjarig kind aangesloten bij het ziekenfonds aan elke aangesloten pleegzorgouder bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds op het startmoment van de pleegzorg.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2027.

Afdeling 15. Jeugdwerking (15)

Artikel 58.
De dienst 'jeugdwerking' heeft tot doel service, informatie, ontspanning en vorming te bieden aan de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.
De vakantieverblijven worden georganiseerd door de vzw Krunsj, jeugddienst van de Vlaamse Neutrale Ziekenfondsen, waarmee een samenwerkingsakkoord werd afgesloten.

Teneinde het fysiek, psychisch 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 Jeugdvakanties – uitgezonderd de vakanties van Krunsj - wordt een tussenkomst gegeven van maximum 5 euro per dag en maximaal 100 euro per kalenderjaar. Dit geldt voor bos-, sneeuw- en zeeklassen, jeugd-, sport-, computer- en taalkampen of speelpleinwerking.
- voor het lidgeld van een door de Vlaamse overheid of gemeente erkende jeugdvereniging wordt tot maximaal 50 euro per kind en per kalenderjaar terugbetaald.
- voor schooluitstappen en -reizen wordt tot 50 euro per kind en per kalenderjaar terugbetaald.
- ontoereikende of verminderde lichamelijke of geestelijke geschiktheid, die deelnemen aan een speciaal voor hen ingerichte vakantie, is een tussenkomst per kalenderjaar voorzien tot maximaal € 250, uitgezonderd de vakanties van Krunsj. Dit geldt voor alle kampen, maar ook voor speelpleinwerking, schoolreizen en het lidgeld van een door de Vlaamse overheid of gemeente erkende jeugdvereniging voor zover het maximumbedrag van € 250 per kalenderjaar niet overschreden wordt.

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;
- voorlegging van een factuur of attest van de jeugdorganisatie;
- ingeschreven zijn als rechthebbende van het ziekenfonds op de begindatum van het kamp;
- het bedrag van deze tegemoetkomingen kan nooit hoger zijn dan de betaalde prijs.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2027.

Afdeling 16. Lidgeld sportclub (15)

Artikel 59.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'lidgeld sportclub' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tussenkomst:
Tot € 50 per kalenderjaar mits voorlegging van een factuur of attest. In ieder geval zal het bedrag van de tegemoetkoming beperkt worden tot het bedrag dat werkelijk voor de aansluiting bij een sportvereniging werd betaald.

Voorwaarden:
- Het moet om één van de volgende sporttakken gaan: aerobic, aquagym, atletiek, autosport, badminton, baseball, basketbal, biatlon, biljart , bobslee, bodybuilding, boksen, boogschieten, bootcamp training, boules, bowling, bridge, circustechnieken, conditietraining, cricket, curling, dans (ballet, ballroom, disco, hiphop, latin, jazzdance, streetdance, volksdans, zumba, …), darts, dovensport, duatlon, duiken, duivensport, estafette, fietsen, figuurtraining, fitness, flagball, floorball/floorhockey, frisbee, gevecht- en verdedigingssporten (aikido, aikikai, capoeira, judo, jujitsu, karate, kendo, kickboksen, kung fu, taekwondo, worstelen, wushu, zelfverdediging, …), gewichtheffen, golfen, gymnastiek, handbal, hengelsport , hockey, hondensport, honkbal, ijsberen, ijshockey, ijsschaatsen, joggen, kaatsen, kano- en kajakvaren, kegelen, kickbike, kitesurfen, klim- en bergsporten (klimmen, speleologie, …), kogelstoten, korfbal, krachtbal, krolf, kunstschaatsen, lacrosse, langlaufen, lopen, minivoetbal, modelvliegen, moderne vijfkamp, motorcross, mountainbike/BMX, netbal, nordic walking, omnisport, oriëntatielopen, paardrijden, padel, paintball, parachutespringen/skydiven, petanque, pilates, polo, pool, racquetball, reddingssport, rodelen, roeien, rope-skipping, rolschaatsen (inline skating, skeeleren, …), rugby, schaatsen, schaken, schermen, schietsport, schoonspringen, skaten, skiën, snooker, snowboarden, softbal, spinning, squash, surfen, survival run, tafeltennis, tai chi, tennis, trampolinespringen, triatlon, turnen, twirling, Vlaamse traditionele sporten (balboogschieten, beugelen, buksschieten, curve bowls, flessenschieten, gaaibol, golfbiljart, katapult, klepschieten, kruisboog, krulbol, kubb, kuipsteken, liggende wip, manchetbaankegelen, paapgooien, paggooien, schaarbaankegelen, sjoelen, staande wip, stopschieten, struifvogel, touwtrekken, trabol**,** vendelen en vinkensport), vlieg- en luchtsporten, voetbal, volleybal, wandelen, waterpolo, waterski, wielrennen, windsurfen, worstelen, yoga, zeilen, zeilwagenrijden, zweefvliegen, zwemmen (ook watergewenning), zwerkbal, de sporttakken voor andersvaliden en, meer in het algemeen, de olympische sporten en de sporten erkend door het I.O.C. en door Sport Vlaanderen.
- het moet gaan om een aansluiting tijdens een sportseizoen:
    - bij een sportclub, sportdienst of sportcentrum;
    - bij een fitnesscenter of een centrum voor figuurtraining (zoals Infraligne, Bodystyling en Figurel);
    - bij een organisatie voor het organiseren van initiatieprogramma's inzake sporten (zoals joggen, lopen en zwemmen).
- voor elke sport die per beurt wordt beoefend, gebeurt de terugbetaling voor zover de beurten onder begeleiding worden gepresteerd.
- de tussenkomst wordt ook voorzien in het kader van het project 'Bewegen op Verwijzing' (BOV) en voor het inschrijvingsgeld van een sportevenement. Onder sportevenement wordt verstaan een eendaagse of meerdaagse activiteit in België waarbij de deelnemer aan beweging doet en waarvoor een inschrijving noodzakelijk is.
- de tussenkomst wordt slechts toegekend aan personen die op het ogenblik van de betaling van het lidgeld aan de sportclub, ook effectief lid zijn van het ziekenfonds.

De Algemene Vergadering behoudt zich het recht voor de lijst met sporttakken aan te passen. Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2026.

Afdeling 16. Alternatieve geneeskunde (15)

Artikel 60.
Het ziekenfonds organiseert een dienst 'alternatieve geneeskunde' voor de leden en hun personen ten laste, indien de voorziene bijdrage betaald wordt.

Tegemoetkoming niet-conventionele of alternatieve raadplegingen:
Alle leden kunnen tot vijfmaal per kalenderjaar € 10 terugbetaling krijgen voor de verstrekkingen van niet-conventionele praktijken, met name chiropraxie en/of osteopathie.

Wanneer de verstrekker van niet-conventionele praktijken ook de hoedanigheid van door het RIZIV erkend zorgverstrekker heeft en wanneer de verstrekking recht geeft op een terugbetaling in de verplichte verzekering, kan in de aanvullende verzekering de terugbetaling niet plaatsvinden op basis van het getuigschrift van verstrekte hulp (of een kopie daarvan) dat werd uitgereikt door de verstrekker in zijn hoedanigheid van door het RIZIV erkend zorgverstrekker, maar op basis van de uitreiking van een afzonderlijk document.

De verstrekker is erkend als hij, ofwel een kopie van zijn diploma en van zijn verzekering professionele BA heeft voorgelegd, ofwel aangesloten is bij een beroepsorganisatie met betrekking tot de bovenvermelde praktijken.

Deze bepalingen treden in werking op 1 januari 2027.

Afdeling 18. Dienst informatie aan leden (37/1)

Artikel 61.
Het ziekenfonds voorziet informatie aan de leden teneinde de leden langs diverse mediamiddelen, zoals het ledenblad, de elektronische nieuwsbrief, de webstek www.vnz.be of andere publicaties te informeren over alle aangelegenheden die het ziekenfonds en de gezondheidszorg in het algemeen, zowel preventief als curatief aanbelangen.

In dit kader organiseert het ziekenfonds tal van initiatieven voor gezondheidspromotie (gezondheidsvoorlichting, opvoeding en ziektepreventie).

Afdeling 19. Dienst Maatschappelijk Werk (37/2)

Artikel 62.
Het ziekenfonds organiseert een Dienst Maatschappelijk Werk van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds voor de leden en de personen ten laste.

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 20 van het Vlaams woonzorgdecreet van 15 februari 2019 heeft de dienst volgende opdrachten die hij door individuele en 'outreachende' (drempelverlagende) en desgevallend collectieve werkmethoden uitvoert:

1. Voorzien in een toegankelijke en laagdrempelige onthaalfunctie die, afgestemd met de andere kernactoren binnen het samenwerkingsverband geïntegreerd breed onthaal zoals omschreven in artikel 9, 10 en 11 van het decreet van 9 februari 2018 betreffende het lokaal sociaal beleid:
a) samen met de gebruiker en zijn mantelzorgers de hulpvraag verheldert, vanuit een generalistisch perspectief;
b) objectieve en transparante informatie biedt over beschikbaarheid van aanbod en over toegang tot rechten, tegemoetkomingen en voorzieningen;
c) directe hulp en ondersteuning biedt of de gebruiker toe leidt naar een passend aanbod van zijn keuze;
d) waar nodig, beschikbaar blijft en overzicht behoudt na verwijzing van de gebruiker en zijn mantelzorgers;
e) proactieve acties naar kwetsbare doelgroepen opzet, gebaseerd op beschikbare indicatoren.

2. Begeleiding aanbieden, waarbij vanuit een brede vraagverheldering, op aangeven van en in samenspraak met de gebruiker en zijn mantelzorgers op verschillende levensdomeinen doelstellingen worden bepaald en planmatig worden opgevolgd in het zorg- en ondersteuningsplan en waarbij:
a) de thuiszorgsituatie wordt geoptimaliseerd en een evenwicht wordt bewerkstelligd tussen draagkracht en draaglast;
b) in complexe zorgsituaties het persoonlijk netwerk wordt versterkt en de gebruiker op zijn verzoek wordt bijgestaan in het samenstellen, coördineren, opvolgen van en bemiddelen bij informele en formele ondersteuningsmogelijkheden;
c) gebruikers psychosociaal ondersteund worden bij het omgaan met beperkingen en het verwerken van verlies;

d) gebruikers geadviseerd en begeleid worden in het kader van aanpassingen aan de leefomgeving met het oog op valpreventie, de aanschaf en het hanteren van hulpmiddelen, de aanpassing van de woning en de inzet van thuiszorg ondersteunende technologie.

3. Het zelfzorgvermogen van de gebruiker evalueren en objectiveren in functie van de toekenning van zorgbudgetten in het kader van de Vlaamse sociale bescherming, meewerken aan de indicatiestelling of vraagverheldering met betrekking tot het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, optreden als multidisciplinair team betreffende de integrale jeugdhulp en begeleiding verlenen bij het opstellen, indienen en aanpassen van een ondersteuningsplan.

4. Optreden als belangenbehartiger in individuele situaties, deze situaties opvolgen, samenbrengen en 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 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 15 februari 2019, 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 september 2021.

Afdeling 20. Administratief centrum (98/2)

Artikel 63.
Het ziekenfonds voorziet in een 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 onder meer in de mate van de geïnde bijdragen en de eventuele boni van de administratiekosten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verworven in de loop van de vorige boekjaren en toegewezen aan deze dienst. Aan de administratieve dienst (98/2) worden ook toegewezen de opbrengsten en kosten die door de Controledienst worden vastgesteld.

Afdeling 21. Algemene bepalingen

Artikel 64.
De wachttijd bedraagt 0 maanden.

Artikel 65.
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 van de statuten opgenomen en maken hiervan integraal deel uit.

Hoofdstuk VI
Gebruik en beheer van de bijdragen

Artikel 66.
De bijdragen van het ziekenfonds inzake de aanvullende verzekering worden opgesplitst over de volgende diensten en verrichtingen:

- logopedie (15),
- voetverzorging (15),
- verzorgingsmateriaal (15),
- orthodontie en tandzorgen (15),
- brillen, lenzen, oogpleisters en lasertherapie (15),
- diverse medische verstrekkingen (15),
- zorgverblijven (15),
- kortverblijf dag- en nachtopvang (15),
- elektrische tandenborstel voor kinderen (15),
- thuisoppas zieke kinderen (15),
- gezinszorg, poetsdienst, thuisverpleging en kraamhulp (15),
- uitleendienst (15),
- ziekenvervoer (15),
- geboorte-, borstvoedings-, pleegzorg- en adoptiepremie (15),
- jeugdwerking (15),
- lidgeld sportclub (15),
- alternatieve geneeskunde (15),
- dienst informatie aan leden (37/1),
- dienst maatschappelijk werk (37/2),
- administratief centrum (98/2).

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

Artikel 67.
Elke dienst ontvangt:

- de bijdragen, de toelagen van de overheid, de giften, legaten, diverse inkomsten en opbrengsten die voor hem bestemd zijn;
- de ontvangen intresten.

Elke dienst moet zijn werkingskosten en eigen lasten dragen.

Artikel 68.
Indien een dienst wegens ontoereikende inkomsten niet in staat is het hoofd te bieden aan de uitgaven die hij te dragen heeft, moet de Raad van Bestuur een buitengewone Algemene Vergadering bijeenroepen om de door de toestand vereiste maatregelen te nemen.

Artikel 69.
De rekeningen worden op 31 december van elk jaar afgesloten door de Raad van Bestuur, die ze aan de Algemene Vergadering moet voorleggen.

Artikel 70.
Als gevolmachtigde van de landsbond beschikt het ziekenfonds bovendien over gelden in de wettelijke regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Hoofdstuk VII
Samenwerking

Artikel 71.
Met het oog op de verwezenlijking van de oogmerken die in artikel 2 van deze statuten worden omschreven, kan het ziekenfonds samenwerken met publiekrechtelijke of privaatrechtelijke rechtspersonen.

Hiertoe wordt een schriftelijk samenwerkingsakkoord gesloten, dat melding maakt van het doel en de wijze van samenwerking, alsook van de rechten en verplichtingen die hieruit voor de leden en de personen te hunnen laste voortvloeien.

Het samenwerkingsakkoord en de wijzigingen ervan worden door de Algemene Vergadering goedgekeurd of opgezegd en aan de Controledienst gestuurd. De Raad van Bestuur brengt jaarlijks aan de Algemene Vergadering verslag uit over de uitvoering van de gesloten akkoorden, alsook over de wijze van aanwending van de middelen die daarvoor door het ziekenfonds werden verstrekt.

Hoofdstuk VIII
Ontbinding en vereffening

Artikel 72.
In geval van stopzetting van één of meerdere 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 73.
Het ziekenfonds kan ontbonden worden mits in achtneming van de artikels 45 tot 48 van de wet van 6 augustus 1990.

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 74.
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
Bijlagen aan de statuten

Bijlage 1. Samenwerking met derden

- **Krunsj**, Kareelstraat 132 te 9300 Aalst (0443.096.196);
- **Mutas vzw**, Leliegaarde 20 te 1731 Zellik (0442.621.094);
- **ComfoPlus vzw**, Statieplein 12 te 9300 Aalst (0846.188.309);
- **I-mens vzw**, Tramstraat 61 te 9052 Gent (0416.603.716);
- **Manpower Personal Services**, Gemeenschapslaan 110 te 1200 Brussel (0567.942.423).

Bijlage 2. Kortverblijf – bijkomende organisaties

- Cosmopolite Blankenberge;
- De Ceder;
- Dennenheuvel;
- Dunepanne;
- Hoge Duin;
- Koninklijke Villa;
- MIRA (Brugzorghuis);
- Moutershof;
- Namaste huis;
- OOTT (Oriëntatie en OpvolgingsTraject Thuiszorg);
- Residentie 't Klein Veldeken;
- Senorie Golf Residentie vzw;
- Ter Lokeren;
- ZeeLinde;
- Zorghotel Ypris;
- Zorghotel Drie Eiken;
- Zorghuis De Dijlevallei;
- Zorghuis Limburg;
- Zorghuis Gent;
- Zorghuis Oostende.

Bijlage 2bis. Dag- en nachtopvang – erkende diensten

<u>Dag- en nachtopvang – erkende diensten</u>:

- Focus op Emancipatie;
- Nachtzorg (www.nachtzorg.be);
- Zorghuis De Dijlevallei;
- Zorghuis Limburg;
- Zorghuis Gent;
- Zorghuis Oostende.

Deze bepaling treedt in werking op 1 januari 2023.

Bijlage 3. Uitleenmateriaal (huurprijzen vanaf 1 januari 2027)

Materiaal voorradig in kantoren & winkels					
	Dagprijs		Basisfactuur		
Verhuur			1ste maand	Kost (1)	Totaal
Aërosol	0,30		9,00	7,50	€ 16,50
Gaankader	0,25		7,50	7,50	€ 15,00
2-wiel rollator	0,30		9,00	7,50	€ 16,50
4-wiel rollator (standaard)	0,40		12,00	7,50	€ 19,50
4-wiel rollator (lichtgewicht)	0,45		13,50	7,50	€ 21,00
Rolstoel	0,60		18,00	7,50	€ 25,50
(1) Eenmalige onderhoudsbijdrage					
				Toebehoren / Aankoop	**Prijs**
				Masker voor aërosol (kind of volwassene)	€ 10,00
				Krukken / paar	€ 20,00

Aflevering via BPOST					
	Dagprijs		Basisfactuur		
Verhuur			1ste maand	Kost (3)	Totaal
Afkolf MEDELA Symphony	2,50	(2)		7,50	€ 7,50
Babyweegschaal	0,35	(2)		7,50	€ 7,50
Pedalo	0,25	(4)	7,50	15,50	€ 23,00
Aspiratietoestel	0,55		16,50	15,50	€ 32,00
Kinderkrukken	0,30		9,00	15,50	€ 24,50
Okselkrukken	0,30		9,00	15,50	€ 24,50
4-poot wandelstok	0,20		6,00	15,50	€ 21,50
Compressor voor oplegmatras wisseldruk	0,30		9,00	15,50	€ 24,50
(2): Terugbetaling van 30 dagen huur – wordt onmiddellijk verrekend (3): Eenmalige onderhoudsbijdrage en verzendingskost (afkolfapparaten en babyweegschalen worden postvrij aan huis bezorgd) (4): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond					
				Toebehoren / Aankoop	**Prijs**
				Melkset MEDELA Symphony – enkel	€ 32,00
				Melkset MEDELA Symphony – dubbel	€ 38,00
				oplegmatras voor wisseldruk	€ 42,00

Aflevering via chauffeur op afspraak					
	Dagprijs		Basisfactuur		
Verhuur			1ste maand	Kost (1)	Levering (6)
Hometrainer	0,75	(4)	22,50	7,50	35,00
Alternerende antidecubitusmatras (matras + compressor)	4,50	(4)	135,00	7,50	35,00
Alternerend zitkussen	2,50	(4)	75,00	7,50	35,00
Passieve tillift met tildoek	1,50		45,00	7,50	35,00
Actieve tillift met tildoek	1,50		45,00	7,50	35,00
Extra tildoek voor tillift	0,20		6,00		
Transfertplatform Return	1,10		33,00	7,50	35,00
Gordel voor transfertplatf. Return	0,20		6,00		
Elektrisch verzorgingsbed	0,90		27,00	7,50	35,00
Zijsponden voor bed	0,20		6,00		

Zijbeugel voor bed	0,15		4,50		
Verlengstuk voor bed	0,20		6,00		
Dekenboog	0,15		4,50	7,50	35,00
Zelfoprichter op voet	0,30		9,00	7,50	35,00
Serumstaander	0,25		7,50	7,50	35,00
Bedtafel op wieltjes	0,25		7,50	7,50	35,00
Toiletframe	0,30		6,00	7,50	35,00
Lymfedrainagetoestel	1,00		30,00	7,50	35,00
Kniestep	0,70		21,00	7,50	35,00
Hilotherm koelapparaat	19,00	(4)	(5)	15,50	35,00
Demonteerbaar scootmodel	12,00	(4)	(5)	7,50	35,00
Vervangscooter bij herstelling	3,00	(4)	(5)	7,50	35,00
(1): Eenmalige onderhoudsbijdrage (4): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond (5): Huurforfait van 7 dagen i.p.v. een maand.					
(6) Leveringskosten / per rit: € 35,00 / rit binnen normaal rittenschema € 75,00 voor rit buiten het normale schema Supplement voor levering/ophaling op een verdieping (via trap): € 15,00					

PAS (Persoonlijk Alarm Systeem)					
	Dagprijs		Basisfactuur		
Verhuur			1ste maand	Kost	Installatie (7)
Personenalarm (vaste lijn/~~;~~ is uitdovend product – enkel voor aflopende contracten; zal stoppen medio 2027)	0,80	(4)			
Personenalarm met simkaart	0,92	(4)	27,60	35,00	35,00
Extra zender voor personenalarm	0,30	(4)	9,00		
Mobiel personenalarm met opvolging en bewaking alarmcentrale	1,17	(4)	35,10	35,00	35,00
Professionele hulpverlening	0,10	(4) (8)	3,00		
(4): Artikel komt niet in aanmerking voor het huurplafond (7) Eénmalige opstartkost					
(8) Interventiekost: € 60 (6-22u) - € 70 (22-6u). Eerste interventiekost (op jaarbasis) ten laste van ComfoPlus.					

Meer informatie bij bovenstaande tarieven:

- Dit zijn de voordeeltarieven voor leden van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds. Personen die niet in regel zijn met de ziekenfondsbijdragen bij het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds betalen het drievoud van de vermelde bedragen. Het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds betaalt aan zijn leden de huurkosten *(uitgezonderd enkele materialen)* boven een gefactureerd bedrag van 300 euro per kalenderjaar in het eerste semester van het volgend kalenderjaar terug.
- 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.
- ComfoPlus behoudt zich het recht om gewijzigde huurprijzen toe te passen op een lopend contract. De actuele tarieven kunnen geraadpleegd worden op de

webstek www.comfoplus.be, in een VNZ-kantoor of de statuten van het ziekenfonds.

- Het afkolfapparaat en de babyweegschaal kunnen gratis gebruikt worden gedurende de eerste maand (30 kalenderdagen). Deze materialen worden gratis aan huis geleverd; enkel de onderhoudsbijdrage wordt aangerekend.
- Om hygiënische redenen moet men bij sommige hulpmiddelen die men huurt, toebehoren aankopen: afkolfset bij een melkafkolfapparaat, 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 € 35 per rit (€ 50/verdieping) of portkost van € 8,00. Niet-leden betalen € 70. 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.

Bijlage 5. Zitpenningen en verplaatsingskosten

De Algemene Vergadering van het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds legde op 19 juni 2024 de vergoedingen en zitpenningen voor de diverse instanties als volgt vast voor de lopende bestuursperiode tot 2028:

Voor de Algemene Vergadering:
- Zitpenning van € 100 per vergadering, met afhouding bedrijfsvoorheffing.

Voor de Raad van Bestuur:
- Zitpenning van € 150 per vergadering, met afhouding bedrijfsvoorheffing.

Voor het Bezoldigingscomité:
- Zitpenning van € 300 per vergadering, met afhouding bedrijfsvoorheffing.

Aan de voorzitter en ondervoorzitter van de Raad van Bestuur wordt een maandelijks forfait toegekend van 600 euro. Dit forfait omvat de volgende aspecten:

1. De voorbereiding van de vergaderingen van de Raad van Bestuur en de Algemene Vergadering;
2. Het bijwonen van deze vergaderingen;
3. Alle andere opdrachten die in het kader van dit mandaat uitgevoerd worden;
4. De onkosten die aan de uitoefening van dit mandaat verbonden zijn, met uitzondering van de tussenkomst in de verplaatsingskosten, nl.:
5. voor het internet is een bedrag van 20 euro voorzien;
6. voor telefonie een bedrag van 10 euro;
7. en voor een laptop/pc/tablet een bedrag van 10 euro.
8. In geval de voorzitter/ondervoorzitter de forfaitaire vergoeding aanvaarden, moeten ze een verklaring op erewoord ondertekenen, waarin staat dat ze elders geen andere terugbetalingen van gelijkaardige onkosten ontvangen en dat deze bedragen niet hoger mogen liggen dan de werkelijke kosten.
9. Ze mogen dus de in punt 4 vermelde bedragen weigeren en ontvangen dan het forfait verminderd met het specifieke bedrag per item dat ze elders verkrijgen of ter beschikking wordt gesteld.

Personen die als raadgever aangesteld zijn, ontvangen net als de effectieve mandaat-houders de statutair bepaalde zitpenning, zoals beslist door de Raad van Bestuur.

Er wordt per dag maar één vergadering van eenzelfde orgaan georganiseerd en slechts één zitpenning per dag voor deze vergadering betaald.
Bij meerdere vergaderingen op eenzelfde dag van diverse mutualistische entiteiten wordt per dagdeel maar één zitpenning betaald: 9-13u, 14-18u en 19-23u.

Daarenboven is ook een verplaatsingskost voorzien (2024 € 0,4415, jaarlijks indexeerbaar) of terugbetaling ticket openbaar vervoer.

Er worden geen zitpenningen betaald voor personen op de loonlijst van het ziekenfonds en bij uitbreiding van andere mutualistische entiteiten en er kan op jaarbasis nooit meer dan 7.200 euro, exclusief verplaatsingskosten uitbetaald worden aan de voorzitter en de ondervoorzitter.

Naast een zitpenning kunnen er voor de personen op de loonlijst van het ziekenfonds en bij uitbreiding van andere mutualistische entiteiten evenmin tegemoetkomingen voor gemaakte kosten worden uitgekeerd, tenzij dit voorzien is in uitvoering van de arbeidsovereenkomst van de betrokken persoon.

De vermelde bedragen kunnen bij de vernieuwing van elke bestuursperiode van 6 jaar worden geïndexeerd op basis van het indexcijfer juli 2024.

	BIJDRAGETABEL 2027	
	AANVULLENDE VERZEKERING	
	VNZ (203)	**117,00**
15	**Aanvullende verrichtingen**	**80,76**
	VNZ voordelen	77,16
	Samenwerkingsakkoorden	
	vzw ComfoPlus	1,20
	vzw Krunsj	2,40
	Administratieve diensten	**33,24**
37/1	Informatie aan leden (GVO)	2,40
37/2	Dienst Maatschappelijk Werk	9,00
98/1	Adm. Centrum verdeling gem.kosten	0,00
98/2	Adm. Centrum reserves	21,84
	LNZ (200)	**6,00**
LNZ	Buitenlandse zorgen	4,20
LNZ	NZ Vakanties	1,80
JAARBIJDRAGE		**120,00**
MAANDBIJDRAGE		**10,00**