



Kruidtuinlaan 50 bus 165  
B-1000 Brussel  
T. +32 2 508 85 85  
E. [vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be)  
[www.mi-is.be](http://www.mi-is.be)

**Aan de dames en heren Voorzitters  
van de openbare centra voor  
maatschappelijk welzijn**

Heeft u vragen? Nood aan bijkomende info?  
Consulteer dan Primabook, de documentatieruimte van  
de POD MI via <https://primabook.mi-is.be>.

Mail voor bijkomende vragen naar onze FrontOffice  
via [vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be) of bel naar 02 508 85 85.

---

**Datum:** 04/08/2026

**Onderwerp:** De rol van het OCMW in functie van het aansluitingsstatuut van de steunaanvrager en de regels inzake aansluiting bij een ziekenfonds voor een steunaanvrager van het OCMW

---

## DE ROL VAN HET OCMW IN FUNCTIE VAN HET AANSLUITINGSSTATUUT VAN DE STEUNAANVRAGER EN DE REGELS INZAKE AANSLUITING BIJ EEN ZIEKENFONDS VOOR EEN STEUNAANVRAGER VAN HET OCMW

In het kader van de wettelijke opdrachten van het OCMW, heeft het OCMW eveneens de wettelijke verplichting om een persoon aan wie hulp wordt toegekend en die niet is verzekerd tegen ziekte en invaliditeit, lid te maken van een verzekeringsinstelling. Deze informatiebrochure heeft als doel om na te gaan wie er kan worden aangesloten bij een ziekenfonds, wat de rol van het OCMW hierin precies is en om wat meer toelichting te geven over de kosten die door de Belgische Staat ten laste genomen kunnen worden.

### INHOUDSTAFEL

|                                                                                                                                    |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| DEEL 1: DE ROL VAN HET OCMW: AANSLUITING BIJ EEN ZIEKENFONDS EN<br>TENLASTENEMING VAN MEDISCHE KOSTEN EN ZIEKENFONDSBIJDAGEN ..... | 4 |
| 1. IS BETROKKENE AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS? .....                                                                            | 4 |
| 2. BETROKKENE IS AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS .....                                                                             | 4 |
| 2.1. TENLASTENEMING VAN MEDISCHE KOSTEN EN ZIEKENFONDSBIJDAGEN DOOR HET<br>OCMW .....                                              | 4 |
| 2.2. TERUGBETALING DOOR DE POD MI .....                                                                                            | 4 |
| 3. DE BETROKKENE IS NIET AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS, MAAR KAN<br>WORDEN AANGESLOTEN.....                                      | 5 |

|        |                                                                                                                                                            |    |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1.   | HET OCMW MOET IN DE EERSTE PLAATS DE NODIGE STAPPEN ONDERNEMEN OM DE BETROKKENE BIJ EEN ZIEKENFONDS AAN TE SLUITEN.....                                    | 5  |
| 3.1.1. | INSCHRIJVING BIJ EEN VERZEKERINGSINSTELLING NAAR KEUZE VAN DE BETROKKENE.....                                                                              | 5  |
| 3.1.2. | IN HET UITZONDERLIJKE GEVAL WAARIN DE BETROKKENE ZICH NIET UITSPEEKT OVER ZIJN VOORKEUR: AANSLUITING BIJ DE HZIV .....                                     | 6  |
| 3.2.   | TUSSENKOMST VAN HET OCMW IN DE MEDISCHE KOSTEN IN AFWACHTING VAN DE AANSLUITING BIJ EEN ZIEKENFONDS .....                                                  | 6  |
| 3.3.   | TERUGBETALING DOOR DE POD MI .....                                                                                                                         | 6  |
| 4.     | BETROKKENE IS NIET AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS EN KAN NIET WORDEN AANGESLOTEN .....                                                                    | 7  |
| 4.1.   | TENLASTENAME VAN DE MEDISCHE KOSTEN DOOR HET OCMW.....                                                                                                     | 7  |
| 4.1.1. | BETROKKENE HEEFT EEN LOPENDE PROCEDURE VAN EEN VERZOEK OM INTERNATIONALE BESCHERMING EN GENIET OPVANG VANWEGE FEDASIL .....                                | 7  |
| 4.2.   | TERUGBETALING DOOR DE POD MI .....                                                                                                                         | 7  |
|        | DEEL 2: AANSLUITINGSREGELS BIJ EEN ZIEKENFONDS VOOR EEN STEUNAANVRAGER VAN HET OCMW .....                                                                  | 9  |
| 5.     | WIE KAN WORDEN AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS? .....                                                                                                      | 9  |
| 5.1.   | EEN AANSLUITING ALS GERECHTIGDE.....                                                                                                                       | 9  |
| 5.2.   | EEN AANSLUITING ALS PERSOON TEN LASTE VAN EEN GERECHTIGDE.....                                                                                             | 12 |
| 5.2.1. | DE PERSOON KAN GEEN AANSpraak MAKEN OP EEN “GRATIS” RECHT OP GEZONDHEIDSZORG ALS GERECHTIGDE .....                                                         | 12 |
| 5.2.2. | HET INKOMEN VAN DE PERSOON .....                                                                                                                           | 13 |
| 5.2.3. | DE PERSOON TEN LASTE DIENT DEZELFDE HOOFDVERBLIJFPLAATS TE HEBBEN                                                                                          | 13 |
| 5.2.4. | ÉÉN VAN DE VOLGENDE PERSONEN ZIJN: .....                                                                                                                   | 14 |
| 5.2.5. | UITZONDERING VOOR PERSONEN TEN LASTE VAN BUITENLANDSE GEDETEINEERDEN DIE NIET TOEGELATEN OF GEMACHTIGD ZIJN TOT EEN VERBLIJF VAN LANGER DAN 3 MAANDEN..... | 15 |
| 6.     | WAT IS DE BEGINDATUM VAN HET RECHT OP TERUGBETALING VAN GEZONDHEIDSZORGEN? .....                                                                           | 15 |
| 6.1.   | TEWERKGESTELDE PERSONEN.....                                                                                                                               | 15 |
| 6.2.   | INGEZETENEN EN NBMV'S.....                                                                                                                                 | 15 |
| 6.3.   | PERSONEN TEN LASTE .....                                                                                                                                   | 16 |
| 7.     | WAT IS DE EINDDATUM VAN HET RECHT OP TERUGBETALING VAN GEZONDHEIDSZORGEN? .....                                                                            | 16 |
| 7.1.   | VOOR DE GERECHTIGDEN.....                                                                                                                                  | 16 |

|      |                                                                                            |    |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7.2. | VOOR DE PERSONEN TEN LASTE.....                                                            | 17 |
| 8.   | DE WACHTTIJD .....                                                                         | 18 |
| 9.   | WAT IS DE VEREISTE BIJDRAGE VOOR DE AANSLUITING EN HET BEHOUD VAN DE<br>AANSLUITING? ..... | 18 |
| 9.1. | DE PERSOONLIJKE BIJDAGEN.....                                                              | 18 |
| 9.2. | DE AANVULLENDE BIJDAGEN .....                                                              | 19 |
| 10.  | VERHOOGDE TEGEMOETKOMING – RVV-STATUUT .....                                               | 20 |
| 11.  | IN GEVAL VAN VRAGEN .....                                                                  | 20 |



## DEEL 1: DE ROL VAN HET OCMW: AANSLUITING BIJ EEN ZIEKENFONDS EN TENLASTENEMING VAN MEDISCHE KOSTEN EN ZIEKENFONDSBIJDRAGEN

### 1. IS BETROKKENE AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS?

Het is **cruciaal dat het OCMW steeds eerst nagaat** of betrokkene aangesloten is bij een ziekenfonds, ongeacht of dit als gerechtigde is of als persoon ten laste.

### 2. BETROKKENE IS AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS

#### 2.1. TENLASTENAME VAN MEDISCHE KOSTEN EN ZIEKENFONDSBIJDRAGEN DOOR HET OCMW

Indien de betrokkene reeds aangesloten is bij een ziekenfonds, worden de medische kosten door dit ziekenfonds ten laste genomen.

Het OCMW neemt de medische kosten ten laste die niet door het ziekenfonds worden betaald (remgelden en medische kosten die buiten de RIZIV-nomenclatuur vallen), afhankelijk van de behoefte van de betrokkene zoals vastgesteld in het sociaal onderzoek.

Het OCMW kan eveneens de ziekenfondsbijdragen (verplichte en/of aanvullende bijdragen) van de betrokkene die gerechtigd is op maatschappelijke dienstverlening ten laste nemen, afhankelijk van diens behoefte.

#### 2.2. TERUGBETALING DOOR DE POD MI

De POD MI betaalt niet de medische kosten terug die reeds door het ziekenfonds ten laste worden genomen. Evenwel kunnen de **remgelden** van de medische kosten die door het OCMW betaald worden wel door de POD MI ten laste worden genomen in bepaalde gevallen. In dit verband wordt verwezen naar het "Informatiedocument over de bewijsstukken met betrekking tot medische en farmaceutische kosten in het kader van de wet van 2 april 1965 en het ministerieel besluit van 30 januari 1995", dat beschikbaar is op onze [website](#).

De POD MI kan ook de (persoonlijke en/of aanvullende) ziekenfondsbijdragen die door het OCMW worden betaald voor personen die ingeschreven staan in het vreemdelingenregister of het wachtregister terugbetalen, met uitzondering van verzoekers om internationale bescherming die in een LOI verblijven en materiële hulp van Fedasil genieten.

### 3. DE BETROKKENE IS NIET AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS, MAAR KAN WORDEN AANGESLOTEN

---

#### 3.1. HET OCMW MOET IN DE EERSTE PLAATS DE NODIGE STAPPEN ONDERNEMEN OM DE BETROKKENE BIJ EEN ZIEKENFONDS AAN TE SLUITEN

---

Het OCMW heeft de wettelijke taak om elke persoon te helpen die zich in de onmogelijkheid bevindt om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid.

Over het algemeen is het essentieel dat de betrokkene verzekerd is tegen ziekte en invaliditeit en dit enerzijds zodat de betrokkene de kosten van medische zorgen niet zelf hoeft te betalen, maar anderzijds ook om eventueel een uitkering te verkrijgen in geval van inkomensverlies bij ouderschap, ziekte of invaliditeit. OCMW-cliënten zijn in de regel immers reeds zeer kwetsbaar en dus is het noodzakelijk dat deze groep in het bijzonder tegen deze risico's wordt beschermd.

Daarom heeft de wetgever uitdrukkelijk bepaald dat het OCMW personen die niet verzekerd zijn tegen ziekte en invaliditeit moet aansluiten bij een ziekenfonds naar keuze van de betrokkene en, bij gebrek aan een keuze, bij de HZIV (art. 60, §5 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's).

Het OCMW is dus wettelijk verplicht om de nodige stappen te ondernemen om elke OCMW-aanvrager bij een ziekenfonds of bij de HZIV aan te sluiten, indien hij aan de voorwaarden voor aansluiting voldoet, zonder te wachten tot er medische kosten zijn. De aansluitingsvoorwaarden worden gedetailleerd beschreven in deel 2 van deze nota.

In het kader van de stappen om personen die voor aansluiting in aanmerking komen aan te sluiten, kan het OCMW zelf de aanvraag tot inschrijving bij het ziekenfonds indienen in naam en voor rekening van de betrokkene. De voorzitter, de algemeen directeur of elke andere persoon die gemachtigd is om het OCMW juridisch te verbinden, kan de aanvraag in naam van de betrokkene ondertekenen.

Indien de aanvrager zelf reeds stappen heeft ondernomen, moet het OCMW toezien op de effectieve aansluiting van de betrokkene.

##### 3.1.1. INSCHRIJVING BIJ EEN VERZEKERINGSINSTELLING NAAR KEUZE VAN DE BETROKKENE

---

In artikel 60 § 5 van de organieke wet van 8 juli 1976 staat de vrije keuze van de betrokkene centraal met betrekking tot de vraag bij welke verzekeringsinstelling deze aangesloten wenst te worden. Het is dus in eerste plaats **de betrokkene zelf** die het ziekenfonds kiest en dit kenbaar maakt aan het OCMW.

De keuze van de betrokkene kan eveneens blijken uit andere elementen, zoals bijv. uit het feit dat al de gezinsleden van de betrokkene aangesloten zijn bij een bepaald ziekenfonds.

Indien de betrokkene onder voorlopig bewind staat en het OCMW stelt vast dat de betrokkene niet is aangesloten bij een verzekeringsinstelling, is het aangewezen dat het OCMW contact opneemt met de voorlopig bewindvoerder.

Artikel 60§5 van de organieke wet van 8 juli 1976 stelt dat er in de mate van het mogelijke een persoonlijke bijdrage wordt geëist van de betrokkene.

### 3.1.2. IN HET UITZONDERLIJKE GEVAL WAARIN DE BETROKKENE ZICH NIET UITSPREEKT OVER ZIJN VOORKEUR: AANSLUITING BIJ DE HZIV

---

Slechts indien de steunaanvrager zijn voorkeur niet uitspreekt of niet kan uitspreken en er geen enkele elementen zijn waaruit een keuze kan blijken, moet het OCMW zijn neutraliteit waartoe het gehouden is, in acht nemen en de betrokkene aansluiten bij de HZIV. De HZIV kan uiteraard ook de verzekeringsinstelling zijn die door de betrokkene wordt gekozen.

De HZIV is een neutrale overheidsinstelling die, net zoals de ziekenfondsen, de verplichte verzekering voor medische zorgen en uitkeringen aanbiedt. Aangezien de HZIV een overheidsinstelling is, biedt zij – in tegenstelling tot andere ziekenfondsen met aanvullende verzekering – geen aanvullende terugbetaling voor bepaalde zorgprestaties.

### 3.2. TUSSENKOMST VAN HET OCMW IN DE MEDISCHE KOSTEN IN AFWACHTING VAN DE AANSLUITING BIJ EEN ZIEKENFONDS

---

Wanneer blijkt dat de persoon aan de voorwaarden voor aansluiting lijkt te voldoen, wordt de OCMW's aangeraden geen medische kaart aan te maken, aangezien de aansluiting bij het ziekenfonds met terugwerkende kracht zal plaatsvinden (zie punt 2, deel 2).

Het OCMW kan altijd een medische kaart met garantie tot tenlastename aanmaken in afwachting van de aansluiting bij het ziekenfonds, maar moet in dat geval de aansluiting nauwlettend opvolgen en de medische kaart zo snel mogelijk verwijderen na de ontvangst van de melding van aansluiting (binnen 10 werkdagen, waarna de inspectiedienst van de POD MI de kosten kan terugvorderen).

### 3.3. TERUGBETALING DOOR DE POD MI

---

Indien een OCMW een persoon niet bij een ziekenfonds aansluit of laat aansluiten terwijl dat wel mogelijk was, en de medische kosten toch bij de Staat worden teruggevorderd, zal de inspectiedienst van de POD MI alle kosten terugvorderen die dateren van meer dan drie

maanden na de datum waarop aansluiting bij het ziekenfonds mogelijk was (met uitzondering van eventuele remgelden), tenzij het OCMW een geldige reden kan aanvoeren voor de vertraging bij de aansluiting (bijvoorbeeld aan de hand van een brief of e-mail van het ziekenfonds). In dat geval worden de kosten vanaf het moment waarop de betrokkene had moeten zijn aangesloten, teruggevorderd van het OCMW.

#### 4. BETROKKENE IS NIET AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS EN KAN NIET WORDEN AANGESLOTEN

---

##### 4.1. TENLASTENAME VAN DE MEDISCHE KOSTEN DOOR HET OCMW

---

Als een persoon niet is aangesloten bij een Belgische of buitenlandse ziekteverzekering, en evenmin bij een ziekenfonds als gerechtigde of als persoon ten laste kan worden aangesloten, zal het OCMW, indien nodig, de medische kosten ten laste nemen in functie van de staat van behoefte van de betrokkene, zoals vastgesteld in het sociaal onderzoek, met name door een MediPrima kaart te openen.

##### 4.1.1. BETROKKENE HEEFT EEN LOPENDE PROCEDURE VAN EEN VERZOEK OM INTERNATIONALE BESCHERMING EN GENIET OPVANG VANWEGE FEDASIL

---

Personen van wie de internationale beschermingsprocedure nog loopt en die materiële hulp genieten in een federaal opvangcentrum dat Fedasil door werd toegewezen, hebben recht op medische begeleiding vanwege Fedasil. Deze personen kunnen terecht bij de arts van het centrum of eventueel bij een arts met wie het opvangcentrum samenwerkt. Ook personen waarvan de materiële hulp beperkt is tot medische begeleiding (geconcretiseerd door een code 207 no show) kunnen aanspraak maken op medische begeleiding vanwege Fedasil<sup>1</sup>.

Voor de personen die materiële hulp genieten in een lokaal opvanginitiatief (LOI) of personen die geen code 207 hebben gekregen van Fedasil of wiens code 207 werd opgeheven, heeft het OCMW daarentegen wel een rol te spelen door het recht op medische hulp toe te kennen, voor zover aan de voorwaarde van behoefte is voldaan.

##### 4.2. TERUGBETALING DOOR DE POD MI

---

Indien een aansluiting bij een ziekteverzekering niet mogelijk is, zal de POD MI de medische kosten ten laste nemen op basis van de artikelen 4, 5 en 11 van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de OCMW's. Voor meer informatie omtrent de medische kosten en de terugbetaling ervan door de Belgische staat, kunt u het Informatiedocument 'De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 2

---

<sup>1</sup> Voor meer informatie over verzoeken om overname door Fedasil, zie <https://www.fedasilinfo.be/nl/u-woont-niet-een-opvangcentrum-en-hebt-medische-hulp-nodig>

april 1965 en het ministerieel besluit van 30 januari 1995', raadplegen dat op onze [website](#) beschikbaar is.



## DEEL 2: AANSLUITINGSREGELS BIJ EEN ZIEKENFONDS VOOR EEN STEUNAANVRAGER VAN HET OCMW

### 5. WIE KAN WORDEN AANGESLOTEN BIJ EEN ZIEKENFONDS?

In eerste instantie dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen de personen die zich op grond van hun eigen hoedanigheid kunnen aansluiten bij een ziekenfonds en anderzijds de personen die aangesloten kunnen worden bij een ziekenfonds als persoon ten laste van een gerechtigde. Het is dus niet omdat een persoon niet als gerechtigde aansluitbaar is bij een ziekenfonds, dat er automatisch geconcludeerd kan worden dat de betrokkene niet aangesloten kan worden bij een ziekenfonds.

Hierna zal er verder worden ingegaan op de vraag wanneer een aansluiting mogelijk is als gerechtigde en wanneer een aansluiting mogelijk is als persoon ten laste. Er dient hier wel het voorbehoud te worden gemaakt dat het hier gaat over de algemene en dus meest voorkomende categorieën. Voor meer informatie omtrent een aansluiting, kunt u **eerst** contact opnemen met een ziekenfonds of met de HZIV. Bij twijfel kunt u ook contact opnemen met het RIZIV via [Jur\\_reg@riziv-inami.fgov.be](mailto:Jur_reg@riziv-inami.fgov.be).

#### 5.1. EEN AANSLUITING ALS GERECHTIGDE

In grote lijnen kunnen volgende personen zich bij een ziekenfonds aansluiten als gerechtigde<sup>2</sup>:

1. Een tewerkgestelde persoon die onderworpen is aan de sociale zekerheid in België (als werknemer, zelfstandige of ambtenaar). Hierbij moet worden opgemerkt dat een persoon die illegaal in het land verblijft, mogelijk sociale zekerheidsbijdragen heeft betaald al voordat zijn verblijfsrecht afliep, en op grond daarvan nog tot minstens 31 december van het lopende jaar bij een ziekenfonds kan zijn ingeschreven als gerechtigde tewerkgestelde persoon.
2. Studenten die hoger dagonderwijs volgen aan een instelling erkend door het RIZIV, kunnen zich op basis van hun studiegetuigschrift uitgereikt door de school, aansluiten bij een ziekenfonds.

<sup>2</sup> Art. 32 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 en art. 128quinquies van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

3. Op basis van het verblijfsstatuut **voor zover de persoon niet gerechtigd is of niet gerechtigd kan zijn op medische zorgen krachtens een ander Belgisch of buitenlands ziekteverzekeringstelsel** <sup>3</sup>.

Het gaat dan om de volgende personen:

- Belgen ingeschreven in het rijksregister van natuurlijke personen
- Vreemdelingen die van rechtswege zijn toegelaten of gemachtigd tot een verblijf van meer dan 3 maanden. Dit zijn de personen die over een van de volgende verblijfskaarten beschikken:
  - A-kaart
  - B-kaart
  - C-kaart of K-kaart
  - D-kaart of L-kaart
  - E-kaart of EU-kaart
  - E+ kaart of EU+ kaart
  - F-kaart
  - F+ kaart
  - H-kaart
  - M-kaart
  - N-kaart
- Verzoekers om internationale bescherming wiens verzoek vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen en wiens internationale beschermingsprocedure nog niet ten einde is.
- De personen die, in afwachting van hun inschrijving in het Rijksregister, aantonen dat zij een verklaring tot hoofdverblijfplaats hebben verricht. Dit zijn de personen die over volgende verblijfsdocumenten beschikken:
  - Attest van immatriculatie, vergezeld van een positieve beslissing van Dienst Vreemdelingenzaken voor vreemdelingen die geen Unieburger zijn en waarvoor een geldig attest van immatriculatie wordt verlengd tot de aflevering van hun verblijfstitel.
  - Bijlage 8ter of 8quater die aan een Unieburger wordt afgeleverd in afwachting van respectievelijk hun EU-kaart of EU+ kaart.
  - Bijlage 15, vakjes 1, 2, 3, 4, 9. Omwille van het feit dat gemeenten in bepaalde situaties geen bijlage 15 uitreiken, in afwachting dat de elektronische verblijfskaart A of B wordt uitgereikt, kan aanvaard worden dat de volgende documenten in aanmerking genomen

<sup>3</sup> Op datum van opstelling van deze brochure worden deze categorieën besproken in de omzendbrief VI n°2025/63 du 13-1-2025 : <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfonds/Paginas/Omzendbrief-ziekenfonds-dac.aspx>

Deze kan eveneens gevonden worden op [www.riziv.be](http://www.riziv.be) via het pad: Onthaal → Professionals → Andere professionals → Ziekenfondsen → Omzendbrieven verzekeringsinstellingen - Dienst voor administratieve controle.

worden voor erkende vluchtelingen en voor personen aan wie het statuut van subsidiair beschermde werd toegekend: attest van immatriculatie in combinatie met een brief met de erkenningsbeslissing of toekenningsbeslissing van het CGVS enerzijds of het arrest tot erkenning of toekenning van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dat definitief is geworden.

- Personen die tijdelijke bescherming genieten, kunnen hun hoedanigheid van ingezetene aantonen aan de hand van een attest van tijdelijke bescherming of een bewijs van inschrijving.
4. Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV's) die minstens 3 opeenvolgende maanden lager of secundair onderwijs hebben gevolgd in een schoolinstelling in België. Indien het kind niet de leerplichtige leeftijd heeft bereikt, moet het zijn aangeboden bij een structuur voor preventieve gezinsondersteuning erkend door O.N.E., Kind en Gezin of Dienst für Kind und Familie enerzijds of ingeschreven in een kleuterschool anderzijds<sup>4</sup>.
  5. Personen waarvan de arbeidsongeschiktheid erkend is, die een werkloosheidsuitkering ontvangen, die in zwangerschapsverlof zijn, die een pensioen ten laste van de Belgische Staat ontvangen, enz. De daarvoor benodigde bewijsstukken moeten worden bijgevoegd.
  6. Uitsluitend voor de zorgen verstrekt buiten de gevangenis: personen die gedetineerd zijn in een gevangenis of als geïnterneerden geplaatst zijn in een instelling van de FOD Justitie of in een zorginstelling met een plaatsingsovereenkomst met de FOD Justitie en die zich niet op een andere basis kunnen aansluiten, zelfs indien zij genieten van penitentiair verlof, uitgaansvergunning, verlof of beperkte detentie. Dit betreft alle gedetineerden, met inbegrip van vreemdelingen die niet gemachtigd of toegelaten zijn tot een verblijf van meer dan 3 maanden en personen in illegaal verblijf. Personen onder elektronisch toezicht vallen hier daarentegen niet onder en kunnen dus niet worden aangesloten als gerechtigde gedetineerden.

---

<sup>4</sup> Voor meer informatie over de bewijsstukken, zie Omzendbrief VI nr. 2025/181 van 10 juli 2025 en de bijlagen daarbij. Alle omzendbrieven van het RIZIV zijn te vinden op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfondsen> ("Lijst van de meest recente omzendbrieven V.I.") of via Onthaal → Professionals → Andere professionals → Ziekenfondsen → Omzendbrieven verzekeringsinstellingen → "Lijst van de meest recente omzendbrieven V.I."

---

## 5.2. EEN AANSLUITING ALS PERSOON TEN LASTE VAN EEN GERECHTIGDE

---

Om bij een ziekteverzekering te kunnen worden aangesloten als persoon ten laste van een gerechtigde, wordt er gekeken naar (1) of de persoon aanspraak kan maken op een “gratis” recht op gezondheidszorg, (2) het inkomen van de persoon, (3) of de betrokkene dezelfde hoofverblijfplaats heeft als de gerechtigde en (4) de hoedanigheid van de betrokkene<sup>5</sup>. Hieronder zal er kort ingegaan worden op deze elementen.

### 5.2.1. DE PERSOON KAN GEEN AANSPRAAK MAKEN OP EEN “GRATIS” RECHT OP GEZONDHEIDSZORG ALS GERECHTIGDE

---

Personen kunnen als persoon ten laste worden ingeschreven indien zij geen aanspraak kunnen maken op een “gratis” recht op terugbetaling van gezondheidszorgen als gerechtigde. Het “gratis” recht betekent dat er geen persoonlijke bijdrage wordt betaald in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen<sup>6</sup>, niet te verwarren met de bijdragen voor de aanvullende ziekteverzekering (zie punt 9.), die de ziekenfondsen vragen voor hun aanvullende diensten.

Met name wie voldoende sociale zekerheidsbijdragen heeft betaald via zijn loon, of gepensioneerd, of werkloos... genieten van een dergelijk “gratis” recht. Deze personen kunnen niet als persoon ten laste worden ingeschreven, omdat zij als gerechtigden aanspraak kunnen maken op dit recht.

Ook zelfstandigen die nog officieel actief zijn maar niet in orde zijn met hun sociale bijdragen, kunnen zich evenmin inschrijven als persoon ten laste<sup>7</sup>.

Er bestaan echter drie uitzonderingen op deze regel:

- 1) Gerechtigde personen met een handicap,
- 2) Gerechtigden met de hoedanigheid van ingezetene, en
- 3) Wezen

Deze drie categorieën van personen hebben recht op gezondheidszorgen zonder bijdragen te moeten betalen, maar kunnen er toch voor kiezen om als persoon ten laste ingeschreven te

---

<sup>5</sup> De bewijsstukken met betrekking tot personen ten laste worden behandeld in verschillende omzendbrieven: Omzendbrief VI nr. 2025/247 van 2 oktober 2025 „Bewijsstukken personen ten laste”; Omzendbrief VI nr. 2016/20 van 19 januari 2016 “Echtgenoot als persoon ten laste - vermoeden van samenwoning - huwelijksakte”; en Omzendbrief VI nr. 2022/150 van 6 mei 2022 „Proces van indiening van aanvragen tot erkenning van bewijzen van verblijf en samenwoning voor kinderen ten laste, bedoeld in art. 123, 3, f) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.”. Deze omzendbrieven van het RIZIV zijn hier te vinden: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfondsen> (“Lijst van de meest recente omzendbrieven V.I.”) of via Onthaal → Professionals → Andere professionals → Ziekenfondsen → Omzendbrieven verzekeringsinstellingen → “Lijst van de meest recente omzendbrieven V.I.”

<sup>6</sup> Artikel 124,§1, 2° van KB 3 juli 1996.

<sup>7</sup> Artikel 124,§1, 4° van KB 3 juli 1996.

worden, op voorwaarde dat zij voldoen aan de andere voorwaarden voor personen ten laste. Dit is een voorwaarde die ook van toepassing is op kinderen ingeschreven in de hoedanigheid van kinderen ten laste.

### 5.2.2. HET INKOMEN VAN DE PERSOON

Voor de ziekenfondsen kunnen personen die een inkomen hebben dat hoger is dan een bepaald plafond, niet gezien worden als een persoon ten laste.<sup>8</sup>

Deze inkomensvoorwaarde geldt niet voor kinderen jonger dan 25 jaar die ingeschreven zijn als kinderen ten laste.

### 5.2.3. DE PERSOON TEN LASTE DIENT DEZELFDE HOOFDVERBLIJPLAATS TE HEBBEN

Bovendien dient de persoon ten laste deel uit te maken van het gezin van de gerechtigde en moet dus de persoon ten laste in principe **dezelfde hoofdverblijfplaats** hebben als de gerechtigde.

Deze voorwaarde geldt bij wijze **van uitzondering niet voor kinderen om ten laste** van hun vader of moeder te worden ingeschreven.

Deze **samenwoning moet in de regel blijken uit het Rijksregister**, via de gezinssamenstelling. Er zijn echter bepaalde uitzonderingen voorzien, met name voor het geval van de echtgenoot ten laste. Om een echtgenote/echtgenoot in te schrijven als persoon ten laste van een gerechtigde, kan de huwelijksakte dienen als bewijs van samenwoning op voorwaarde dat de echtgenoten, in afwachting van de aanpassing van de gegevens van het Rijksregister, wel degelijk stappen bij de gemeente hebben ondernomen om hun Rijksregistergegevens met betrekking tot het hebben van dezelfde hoofdverblijfplaats, te laten aanpassen. Dit kan worden aangetoond door het *“ontvangstbewijs van de aangifte waarin voorzien is bij artikel 7, §1, van het Koninklijk Besluit van 16 juli 1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister”* (dit is een model 2 zoals opgenomen in randnummer 62 van de algemene onderrichtingen betreffende het houden van de bevolkingsregisters).

Bij een eerste inschrijving van een echtgenote/echtgenoot die vanuit het buitenland komt om zich in België te vestigen, wordt geen model 2 afgeleverd en vormen de volgende documenten ook een voldoende bewijs van de ondernomen stap bij het rijksregister<sup>9</sup>:

<sup>8</sup> Dit bedrag wordt aangepast aan de spilindex. Dit bedrag kunt u terugvinden op [http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/verzekerbareheid/Paginas/personen-ten-laste-toegelaten-inkomsten.aspx#.WfB\\_TbV8uos](http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/verzekerbareheid/Paginas/personen-ten-laste-toegelaten-inkomsten.aspx#.WfB_TbV8uos)

<sup>9</sup> Omzendbrief van het RIZIV VI nr. 2016/20 van 19 januari 2016: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfondsen> (“Lijst van de meest recente omzendbrieven V.I.”) of via Onthaal → Professionals → Andere professionals → Ziekenfondsen → Omzendbrieven verzekeringsinstellingen → “Lijst van de meest recente omzendbrieven V.I.”

- Bijlage 19 in de hoedanigheid van echtgenoot of partner, waarbij het adres op de bijlage overeen komt met het adres van de gerechtigde
- Bijlage 19ter in de hoedanigheid van echtgenoot of partner, waarbij het adres op de bijlage overeen komt met het adres van de gerechtigde
- Attest van immatriculatie en het adres op het AI komt overeen met het adres van de gerechtigde
- Bijlage 15 indien het adres op de bijlage overeen komt met het adres van de gerechtigde
- Bijlage 15bis in de hoedanigheid van echtgenoot of partner, waarbij het adres op de bijlage overeen komt met het adres van de gerechtigde

Andere documenten tot bewijs van de ondernomen stap bij het rijksregister kunnen door het ziekenfonds voor beslissing worden voorgelegd aan de Directie toegankelijkheidsgegevens van de dienst voor administratieve controle van het RIZIV. De stukken kunnen worden voorgelegd aan de Directie via e-mail op het volgende mailadres: [dac-acces@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-acces@riziv-inami.fgov.be).

#### 5.2.4. ÉÉN VAN DE VOLGENDE PERSONEN ZIJN:

In grote lijnen kunnen **volgende personen** zich bij een ziekenfonds aansluiten als persoon ten laste van een gerechtigde:

1. De echtgenoot of echtgenote van een gerechtigde, of de echtgenoot of echtgenote van de gerechtigde die feitelijk of van tafel en bed gescheiden is, die:
  - instaat voor het onderhoud van een kind dat als persoon ten laste wordt beschouwd,
  - of een onderhoudsuitkering ontvangt,
  - of gemachtigd is om sommen te ontvangen die derden verschuldigd zijn aan zijn/haar echtgenoot,
  - of een pensioen ontvangt als gescheiden echtgenoot.
2. De samenwonende. Let op: de aansluiting als persoon ten laste die samenwoont met de gerechtigde is niet mogelijk indien:
  - de gerechtigde een echtgenoot ten laste heeft, of
  - de gerechtigde een echtgenoot heeft die zelf gerechtigde is en samenwoont met de gerechtigde, of
  - de gerechtigde al een samenwonende persoon ten laste heeft.
3. De kinderen, kleinkinderen en achterkleinkinderen jonger dan 25 jaar van de gerechtigde of van de echtgenoot of samenwonende partner van de gerechtigde. Alsook de kinderen met hoofdverblijfplaats in België waarvoor de gerechtigde, diens echtgenoot of samenwonende of één van diens ascendenten instaat voor het onderhoud in de plaats van de vader, moeder of andere persoon op wie deze last normaliter valt.

4. De ascendenten van de gerechtigde of van zijn echtgenoot en in voorkomend geval hun stiefvaders en stiefmoeders.

#### 5.2.5. UITZONDERING VOOR PERSONEN TEN LASTE VAN BUITENLANDSE GEDETINEERDEN DIE NIET TOEGELATEN OF GEMACHTIGD ZIJN TOT EEN VERBLIJF VAN LANGER DAN 3 MAANDEN

---

Buitenlandse gedetineerden die niet zijn toegelaten of gemachtigd tot een verblijf van langer dan drie maanden en die op grond daarvan als gerechtigde zijn ingeschreven bij een ziekenfonds, kunnen geen personen ten laste nemen.

### 6. WAT IS DE BEGINDATUM VAN HET RECHT OP TERUGBETALING VAN GEZONDHEIDSZORGEN?

---

Het beginpunt van het recht op terugbetaling van gezondheidszorgen varieert in functie van het statuut van de persoon en de hoedanigheid van gerechtigde of persoon ten laste.

Hieronder geven we weer wanneer de aansluiting van kracht wordt voor de categorieën waarmee de OCMW's het vaakst te maken hebben, met uitzondering van heraansluitingen.

#### 6.1. TEWERKGESTELDE PERSONEN

---

Voor tewerkgestelde personen die gerechtigde zijn, begint de aansluiting op de eerste dag van het lopende trimester waarin de hoedanigheid van gerechtigde is verworven<sup>10</sup>.

Wat betreft gerechtigden die zelfstandigen zijn, moet de betaling van de eerste sociale bijdrage bij diens sociale verzekeringsfonds plaats hebben gehad (of moet de vrijstelling bekomen zijn).

#### 6.2. INGEZETENEN EN NBMV'S

---

Voor de ingezetenen die gerechtigde zijn, of ze Belg of vreemdeling zijn, is het startpunt hetzelfde: de eerste dag van het lopende trimester waarin de inschrijvingsaanvraag is gedaan, voor zover de eventuele persoonlijke bijdrage is betaald<sup>11</sup>.

Hetzelfde geldt voor gerechtigde NBMV's<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Artikel 252 KB 3 juli 1996.

<sup>11</sup> Artikel 252 KB 3 juli 1996.

<sup>12</sup> Idem.



Het is echter mogelijk dat de leidinggevende ambtenaar van de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) op voorstel van de verzekeringsinstelling besluit af te wijken van de regel inzake de ingangsdatum van het recht op inschrijving in “behartenswaardige gevallen”<sup>13</sup>. De leidinggevende ambtenaar van de DAC kan dan aanvaarden dat de inschrijving met terugwerkende kracht ingaat vóór de aanvraag en kan de datum vaststellen vanaf wanneer de inschrijving met terugwerkende kracht ingaat<sup>14</sup>.

---

### 6.3. PERSONEN TEN LASTE

---

De aansluiting van personen ten laste begint op de dag waarop de hoedanigheid van persoon ten laste werd verworven<sup>15</sup>.

---

## 7. WAT IS DE EINDDATUM VAN HET RECHT OP TERUGBETALING VAN GEZONDHEIDSZORGEN?

---

---

### 7.1. VOOR DE GERECHTIGDEN

---

Het recht op terugbetaling van gezondheidszorgen blijft onvoorwaardelijk bestaan tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin het recht is ontstaan. Dit wordt de periode van het ontstaan van het recht genoemd.

Het ziekenfonds gaat dan na of het recht met nog een kalenderjaar kan worden verlengd, door te kijken of in het jaar waarin het recht is ontstaan (het referentiejaar dat meetelt voor de verlenging met een jaar) aan de voorwaarden van hoedanigheid en bijdragebetaling is voldaan. Let wel: het gaat hier wel degelijk om het recht op terugbetaling van gezondheidszorgen en niet om de geldigheid van de inschrijving/het lidmaatschap bij het ziekenfonds als zodanig. De inschrijving/het lidmaatschap blijft namelijk twee jaar na het verlies van het recht behouden, maar de persoon heeft geen recht op terugbetaling van zijn zorgen.

Het moet worden opgemerkt dat het ziekenfonds, alvorens een beslissing te nemen, eerst zal proberen de persoon in orde te brengen (bijvoorbeeld door een aanvullende bijdrage te

---

<sup>13</sup> Art. 252, lid 7 KB 3 juli 1996.

<sup>14</sup> Zie Omzendbrief VI nr. 2019/207 van 3 juli 2019 “Procedure voor het aanvragen van een inschrijving met terugwerkende kracht overeenkomstig artikel 252, lid 6, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor gezondheidszorg en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994”.

<sup>15</sup> Artikel 252 KB 3 juli 1996.

vragen of door de betrokkene in een andere hoedanigheid te regulariseren). Indien dit niet mogelijk is, wordt het recht niet verlengd.

#### Concreet voorbeeld:

De betrokkene ontvangt zijn verblijfsvergunning op 07/06/2025 en dient zijn aanvraag voor inschrijving bij het ziekenfonds in op 09/06/2025. Hij wordt ingeschreven als ingezetene vanaf 01/04/2025 (eerste dag van het kwartaal waarin hij de status van ingezetene heeft verkregen) en heeft recht op gezondheidszorgen tot 31/12/2026. Dit is de periode waarin het recht ontstaat.

In de tweede helft van het jaar 2026 zal het ziekenfonds het dossier van de verzekerde onderzoeken om na te gaan of het recht met een bijkomend kalenderjaar kan worden verlengd, dus van 01/01/2027 tot 31/12/2027. Het ziekenfonds zal hiervoor nagaan of de persoon in het jaar 2025 (referentiejaar voor de verlenging van het recht in 2027) in het vierde kwartaal (of in het daaropvolgende kalenderjaar) een hoedanigheid van gerechtigde had en voldoende bijdragen heeft betaald.

Als de controle positief uitvalt, wordt het recht met een kalenderjaar verlengd (van 01/01/2027 tot 31/12/2027).

Als de controle negatief uitvalt, bijvoorbeeld omdat de persoon eind 2025 uit het register is geschrapt wegens verlies van het verblijfsrecht, wordt het recht niet verlengd.

Het ziekenfonds zal dezelfde controle herhalen met het referentiejaar 2026, om na te gaan of het recht voor het jaar 2028 kan worden verlengd. Als de controle nog steeds negatief is, heeft de persoon twee jaar geen recht gehad (2027 en 2028) en verliest zijn inschrijving haar geldigheid (de persoon wordt uit het ledenbestand van het ziekenfonds geschrapt). De persoon zal zich opnieuw moeten inschrijven, eventueel met een wachttijd, om zijn recht op terugbetaling te herstellen (zie punt 8 voor de wachttijd).

---

## 7.2. VOOR DE PERSONEN TEN LASTE

---

Personen ten laste die hun hoedanigheid als persoon ten laste verliezen, kunnen tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin zij deze hoedanigheid hebben verloren, verder aanspraak maken op gezondheidszorgen, tenzij de persoon ten laste een recht heeft in hoedanigheid van gerechtigde: in dat geval kan hij of zij geen aanspraak maken op het behoud van het recht als persoon ten laste, met uitzondering van de hoedanigheden van gerechtigde als persoon met een handicap, studenten, ingezetenen of NBMV's, die wel gebruik kunnen blijven maken van het behoud van het recht<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Art. 127 KB 3 juli 1996.

## 8. DE WACHTTIJD

---

Wanneer een persoon twee opeenvolgende jaren geen recht heeft op terugbetaling van zijn gezondheidszorgen, is zijn aansluiting/inschrijving niet meer geldig en moet hij zich opnieuw inschrijven bij een ziekenfonds. In het kader van deze herinschrijving kan hem een wachttijd worden opgelegd, gedurende welke hij geen recht heeft op terugbetaling van gezondheidszorgen (men kan dus aangesloten/ingeschreven blijven bij een ziekenfonds, zonder gerechtigd te zijn op een terugbetaling van de gezondheidszorgen, maar dit voor maximaal twee jaar)<sup>17</sup>.

Deze wachttijd **kan echter niet worden toegepast** op personen die een leefloon of financiële hulpverlening van het OCMW ontvangen<sup>18</sup>.

Als de betrokkene geen leefloon of financiële bijstand van het OCMW ontvangt en het ziekenfonds hem een wachttijd oplegt, kan het OCMW in dat geval de medische kosten ten laste nemen totdat de betrokkene weer recht heeft op terugbetaling van zijn zorgkosten, op voorwaarde dat de behoefte wordt aangetoond.

## 9. WAT IS DE VEREISTE BIJDRAGE VOOR DE AANSLUITING EN HET BEHOUD VAN DE AANSLUITING?

---

In het kader van de aansluiting bij een ziekenfonds kan het zijn dat de betrokkene persoonlijke bijdragen en/of aanvullende bijdragen moet betalen om zijn aansluiting te behouden. Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen deze twee soorten bijdragen, die in de volgende twee secties nader worden toegelicht.

### 9.1. DE PERSOONLIJKE BIJDAGEN

---

Het gaat hier over de bijdragen voorzien in het recht op de verplichte verzekering<sup>19</sup>.

In functie van de categorie van gerechtigde tot dewelke de persoon behoort evenals in functie van zijn inkomsten, variëren de persoonlijke bijdragen tussen ongeveer 900€ per trimester tot 0€ per trimester<sup>20</sup>. Deze bijdragen worden geïnd door het ziekenfonds of door de HZIV.

In principe dienen OCMW-cliënten geen persoonlijke bijdragen te betalen aan de verzekeringsinstelling, enerzijds omdat gerechtigden die ingezetene zijn en die kunnen aantonen dat het totale jaarinkomen van hun huishouden niet hoger is dan het leefloonbedrag

---

<sup>17</sup> Zie de laatste twee leden van artikel 252 van het KB van 3 juli 1996.

<sup>18</sup> Artikel 130, § 2, lid 5 van het KB van 3 juli 1996.

<sup>19</sup> Deze staan in de artikelen 132 en volgende van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

<sup>20</sup> U kunt meer informatie over de bedragen van de persoonlijke bijdragen vinden via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/verzekerbareheid/persoonlijke-bijdrage-om-verzekerd-te-zijn-indien-u-geen-sociale-bijdragen-betaalt>.

dat overeenkomt met hun categorie, zijn vrijgesteld van de betaling van persoonlijke bijdragen<sup>21</sup>, en anderzijds omdat personen die een verhoogde tegemoetkoming (of RVV-statuut, zie punt 10.) genieten eveneens vrijgesteld zijn van de betaling van persoonlijke bijdragen, en dit gedurende de gehele duur van hun recht op de verhoogde tegemoetkoming<sup>22</sup>.

Het kan echter voorkomen dat iemand in het verleden persoonlijke bijdragen verschuldigd was en op het moment dat hij of zij een steunaanvraag bij het OCMW indient, niet meer in orde is met de betaling daarvan. Als de persoon niet in orde is met zijn persoonlijke bijdragen, verliest hij het recht op terugbetaling van de gezondheidszorgen zoals voorzien door de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. In dat geval kan het OCMW de achterstallige persoonlijke bijdragen betalen om de aansluiting bij de verzekeringsinstelling te behouden, mits de behoefte van de betrokkene is aangetoond. Het OCMW is namelijk verplicht om personen die daarvoor in aanmerking komen, aan te sluiten. Het OCMW komt echter niet tussen in de persoonlijke bijdragen van personen die alleen recht hebben op dringende medische hulp.

---

## 9.2. DE AANVULLENDE BIJDAGEN

---

Dit zijn de bijdragen die de ziekenfondsen vragen om de persoon recht te geven op de aanvullende voordelen die zij aanbieden. Deze aanvullende bijdragen dienen uitsluitend voor deze aanvullende verzekering. Voorbeelden van aangeboden voordelen zijn een forfaitaire terugbetaling voor de aankoop van een bril of contactlenzen, hoortoestellen, sessies bij een psycholoog, sessies bij een osteopaat, logopediesessies of een sportabonnement. De aanvullende bijdragen bij ziekenfondsen bedragen gemiddeld 15 € per maand per gerechtigde, of 180 € per jaar<sup>23</sup>.

Iedereen die zich bij een ziekenfonds aansluit, is verplicht ingeschreven bij de aanvullende verzekering van het ziekenfonds<sup>24</sup>. In België neemt alleen de HZIV uitsluitend de verplichte verzekering voor haar rekening, zonder andere aanvullende voordelen aan te bieden. Alle andere ziekenfondsen verzekeren automatisch en verplicht hun leden ook in een aanvullende verzekering en eisen daarom de betaling van aanvullende bijdragen. Artikel 60, §5 van de organieke wet betreffende de OCMW's garandeert de keuze van het ziekenfonds door de betrokkene. Het OCMW kan de aanvrager daarentegen altijd informeren dat er een openbare

---

<sup>21</sup> Art. 134, lid 6 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

<sup>22</sup> Art. 134, lid 9 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

<sup>23</sup> Bij wijze van voorbeeld, in 2024 en 2025, waren de bedragen van de aanvullende bijdragen per ziekenfonds:

- Partenamut: 14€/maand
- Christelijke mutualiteit: 15€/maand
- Solidaris: 16€/maand voor gewone begunstigden en 13,5€/maand voor begunstigden met verhoogde tegemoetkoming.

<sup>24</sup> <https://ocm-cdz.be/nl/particulieren/mijn-ziekenfonds-en-ik/verplichte-verzekering-en-aanvullende-verzekering>.

verzekeringsinstelling bestaat die geen betaling van aanvullende ziekenfondsbijdragen vereist (maar die ook geen aanvullende voordelen biedt), namelijk de HZIV.

Als iemand niet in orde is met de betaling van zijn aanvullende bijdragen, verliest hij het recht op de aanvullende voordelen van het ziekenfonds en op de voordelen van eventuele andere hospitalisatieverzekeringen die bij het ziekenfonds zijn afgesloten. De persoon verliest daarentegen niet zijn recht op terugbetaling van gezondheidszorgen zoals bepaald in de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

## 10. VERHOOGDE TEGEMOETKOMING – RVV-STATUUT

Het RVV-statuuat ("Rechthebbende op de Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming") is het statuut dat recht geeft op een voorkeurstarief voor de terugbetaling van gezondheidszorgen door het ziekenfonds.

OCMW-cliënten worden automatisch begunstigten van de verhoogde tegemoetkoming nadat ze gedurende 3 maanden ononderbroken leefloon of financiële hulpverlening hebben ontvangen die geheel of gedeeltelijk terugbetaald werd door de POD MI<sup>25</sup>. Dit automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming voor OCMW-begunstigten blijft behouden tot 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin het is ontstaan<sup>26</sup>.

Als de begunstigde is aangesloten bij een ziekenfonds, moet ervoor worden gezorgd dat hij het voor hem gunstigste statuut krijgt. Bij controles gaat de POD MI ervan uit dat iemand die bij een ziekenfonds is aangesloten, bij dat ziekenfonds het statuut van de verhoogde tegemoetkoming heeft. Als dat niet het geval is, moet het OCMW kunnen aantonen waarom hij dit statuut niet heeft gekregen.

## 11. IN GEVAL VAN VRAGEN

Als u vragen hebt over de aansluiting van een persoon, neemt u dan eerst contact op met het ziekenfonds van de keuze van de betrokkene of met de HZIV. Bij twijfel kunt u uw vragen ook naar het RIZIV sturen via [jur\\_reg@riziv-inami.fgov.be](mailto:jur_reg@riziv-inami.fgov.be).

Als u vragen hebt over de ten laste name van medische kosten door het OCMW, kunt u contact opnemen met de POD MI via [vraag@mi-is.be](mailto:vraag@mi-is.be) of +32 2 508 85 85.

<sup>25</sup> Art. 8.2. van het Koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

<sup>26</sup> Art. 10 van voormeld KB van 15 januari 2014.