Allgemeine Bedingungen Dentalia Plus

zum 1. Januar 2025

Allgemeine Bedingungen Dentalia Plus der Versicherungsgesellschaft MLOZ Insurance,
verabschiedet durch den Verwaltungsrat vom 29. Mai und 18. September 2024
und durch die Außerordentliche Generalversammlung vom 19. Juni und 16. Oktober 2024

Freie Krankenkasse
Gesellschaftssitz in 4760 Büllingen, Hauptstraße 2 Versicherungsvertreter Nr. AfK 5004c für MLOZ Insurance, die VaG des Landesbundes der Freien Krankenkassen mit Sitz in 1070 Brüssel, Route de Lennik 788A - Belgien (RJP Brüssel) - Unternehmensnr.: 422.189.629 - www.mloz.be, anerkannt vom Aufsichtsamt für die Krankenkassen für die Zweige 2 und 18 - 01/2025

freie Dentalia Plus

1. DEFINITIONEN

1.1. Versicherer: die VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT AUF GEGENSEITIGKEIT „MLOZ Insurance“, Versicherungsunternehmen, anerkannt vom Aufsichtsamt für die Krankenkassen und für die Landesbünde von Krankenkassen durch Beschluss vom 24. Juni 2013 unter der Kodenummer AfK 750/01, um Krankenversicherungen gemäß Zweig 2 des Anhangs 1 des Gesetzes vom 13. März 2016 über den Status und die Kontrolle der Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen anzubieten sowie um zusätzlich Risiken abzudecken, die Teil der Hilfestellung sind, so wie in Zweig 18 des Anhangs 1 des o.g. Gesetzes definiert.

1.2. Versicherungsnehmer: die Person, die den Vertrag zu ihren eigenen Gunsten und/oder zugunsten anderer Versicherter unterzeichnet und zur Zahlung der Prämien verpflichtet ist.

1.3 Versicherter: Unter einem Versicherten ist die Person zu verstehen, auf die sich das Risiko des Eintritts des versicherten Ereignisses stützt und die Begünstigte des Versicherungsvertrags ist.

1.4. Sektionen: die Sektionen von MLOZ Insurance sind Vermittler, die Versicherungsprodukte anbieten: 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), allesamt dem Landesbund der Freien Krankenkassen angeschlossen.

1.5. Leistungen der Gesundheitspflege: im Erstattungstarif enthaltene Leistungen.

1.6. Prothesen und Implantate: alles, was gesetzlich im Rahmen der Zahnpflege anerkannt ist.

1.7. Unfall: ein unvorhersehbarer Vorfall. Er ist unabhängig vom Willen der versicherten Person und ruft eine körperliche Verletzung hervor, die ihren Ursprung außerhalb des Körpers hat. Dieser Unfall muss traumatische Verletzungen zur Folge haben, dessen Kosten nur erstattet werden, wenn die Behandlung der Verletzung in den vorliegenden Bestimmungen vorgesehen ist.

1.8. Vorbeugendes Verhalten: die Tatsache, dass die Person eine Erstattung für eine Zahnpflegeleistung erhalten hat in dem Kalenderjahr, welches jedem neuen Antrag auf Rückerstattung vorausgeht.

1.9. Zahnpflege:

- alle Leistungen, die entweder im K.E. vom 1. Juni 1934 über die Regelung zur Ausübung der Zahnheilkunde, oder im K.E. vom 9. November 1951, ergänzend zum o.g. K.E. über die Regelung zur Ausübung der Zahnheilkunde.
- durchgeführt von einem der Leistungserbringer, die in Artikel 4, § 1 des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 aufgeführt sind, welcher die Nomenklatur von medizinischen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen festlegt.

1.10. Kleine Kieferchirurgie: Leistungen gemäß Artikel 14, l) des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 zur Festlegung des Erstattungstarifs der Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen, bei deren Kode das Zeichen „+“ folgt.

1.11. Wartezeit: Periode, während welcher der Versicherer keine Leistungen erbringen muss und welche mit dem Anfangsdatum des betreffenden Vertrages beginnt.

1.12. Selbstmordversuch: Es handelt sich um ein ungewöhnliches, nicht tödliches Verhalten, das die Person mit der Erwartung oder dem Risiko zu sterben oder eines körperlichen Schadens einleitet und ausführt, um die gewünschten Veränderungen herbeizuführen.

2. AUFNAHME

2.1. Jede Person kann sich der Deckung Dentalia Plus anschließen und angeschlossen bleiben, unter der Bedingung, dass sie für die gesetzliche Krankenversicherung und die „Zusätzlichen Dienste“ bei einer der 3 genannten Sektionen angeschlossen ist, außer in den satzungsgemäßen Ausnahmefällen (diesbezügliche Auskünfte können Sie erhalten bei den Sektionen: Partenamut - Freie Krankenkasse - Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, alle Personen einzutragen, die zu seinen Lasten sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, es sei denn, der Ehepartner oder Mitbewohner oder die Kinder sind bereits einer ähnlichen Versicherung des Typs „reelle Kosten“ angeschlossen. Bei Kündigung oder Streichung eines Mitglieds gilt diese implizit für alle miteingetragenen Personen.

Die Altersgrenze für eine Aufnahme liegt bei einschließlich 64 Jahren. Diese Altersbegrenzung gilt jedoch nicht für Personen, die einen Krankenkassenwechsel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen, insofern diese bei ihrer bisherigen belgischen Krankenkasse eine gleichwertige „Zahnpflegeversicherung“ abgeschlossen hatten und mit den Prämien in Ordnung waren.

2.2. Bei Nichtzahlung von Beiträgen der „Zusätzlichen Dienste“ an Ihre Krankenkasse: Einfluss auf Ihre Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance.

Es ist wichtig, dass Sie hinsichtlich der Zahlung Ihrer Beiträge für die „Zusätzlichen Dienste“ Ihrer Krankenkasse in Ordnung sind. Die Tatsache, dass Sie auf dieser Ebene nicht mehr in Ordnung sind, kann erhebliche Auswirkungen auf Ihre Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance und auf den von Ihnen abgeschlossenen Versicherungsschutz haben.

2.2.1. Auswirkungen auf die Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance

Sie können MLOZ Insurance nur beitreten, wenn Sie keinen Verlust Ihrer Rechte für die „Zusätzlichen Dienste“ Ihrer Krankenkasse erlitten haben infolge einer Nichtzahlung der Beiträge für diese Leistungen über einen Zeitraum von 24 Monaten.

2.2.2. Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung Ihrer Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance

Wenn Sie bereits Mitglied bei MLOZ Insurance sind, wird laut gesetzlicher Vorschrift Ihre Mitgliedschaft und damit Ihre gesamte Deckung gekündigt, falls Sie den Verlust Ihrer Rechte für die „Zusätzlichen Dienste“ Ihrer Krankenkasse erlitten haben infolge einer Nichtzahlung der Beiträge für diese Leistungen über einen Zeitraum von 24 Monaten. Dieser automatische Ausschluss muss erfolgen, unabhängig davon, ob Sie Ihre Prämien für die Versicherungen von MLOZ Insurance regelmäßig gezahlt haben.

3. ABSCHLUSS UND ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGS

3.1. Abschluss des Versicherungsvertrags

Der Antrag auf Mitgliedschaft ist unter Verwendung der von MLOZ Insurance erstellten Formulare zu stellen, die ebenfalls auf der Website der Sektion, der der Versicherungsnehmer angeschlossen ist, verfügbar sind.

Der Versicherungsvertrag kommt zustande durch die Aufnahmebestätigung, die Allgemeinen Bedingungen und die Nachträge.

Der Versicherungsvertrag beginnt am 1. Tag des Monats, nachdem MLOZ Insurance den „Antrag auf Mitgliedschaft oder Wechsel des Produktes“ vollständig ausgefüllt erhalten hat (der interne Datumstempel oder das Scanning-Datum oder das online-Datum sind verbindlich), falls die erste Prämie für jeden Versicherten spätestens am letzten Tag des 3. Monats nach dem Anschlussdatum bei MLOZ Insurance eingegangen ist.

Die Mitgliedschaft eines Neugeborenen oder eines Adoptivkindes unter drei Jahren, welches nicht von der Wartezeit befreit ist, beginnt am ersten Tag des Monats nach der Geburt oder der Adoption, unter der Bedingung, dass der Antrag auf Mitgliedschaft vor Ende des dritten Monats nach der Geburt oder Adoption bei MLOZ Insurance eingegangen ist, und dass die erste Prämie spätestens am letzten Tag des 3. Monats nach dem Anschlussdatum eingegangen ist.

Die spontane Zahlung, ohne Aufforderung, gibt kein Anrecht auf Mitgliedschaft. Wenn die Prämie nicht innerhalb der o.g. Frist von 3 Monaten eingegangen ist, dann wird die Prämie zurückgezahlt und ein neues Verfahren zur Mitgliedschaft muss eingeleitet werden.

Die Aufnahme wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt. Bei Aufnahme vermerkt das Schreiben den Betrag und das Datum der ersten Prämienzahlung, das Annahmedatum sowie den Beginn der Mitgliedschaft, die Dauer der Wartezeit, die auf Lebenszeit bestehende Mitgliedschaftsdauer und das angebotene Versicherungsprodukt.

3.2. Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit geschlossen. Dennoch endet er bei:

- Kündigung durch den Versicherungsnehmer, gemäß den im Gesetz vom 4. April 2014 vorgesehenen Modalitäten. Die Kündigung wird mittels einer Kündigungsfrist von mindestens einem Monat wirksam, beginnend am 1. Tag des Monats nach Versand des Einschreibebriefes oder des qualifizierten elektronischen Einschreibens, oder nach Abgabe durch den Gerichtsvollzieher oder nach Abgabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung, sei es MLOZ Insurance direkt zugestellt oder über eine ihrer oben genannten Sektionen;
- Betrug oder Betrugsversuch
  - die Versicherungsgarantie wird verweigert oder entsprechend dem MLOZ Insurance erlittenen Schaden gekürzt; und
  - der Vertrag wird gekündigt;
- vorsätzliche Verletzung der Interessen von MLOZ Insurance, insbesondere bei vorsätzlicher Unterlassung oder Ungenauigkeit in den Erklärungen bei der Einschreibung oder beim Einreichen von Rückzahlungsanträgen oder bei Nichteinhaltung der vorliegenden Bestimmungen, der Versicherungsvertrag ist nichtig. Es kann auch beschlossen werden, die Mitgliedschaft des Versicherten für nichtig zu erklären. In beiden Fällen sind die Prämien, die bis zu dem Zeitpunkt fällig sind, an dem der Versicherer Kenntnis von der vorsätzlichen Unterlassung oder Ungenauigkeit unrichtiger Angaben erhält, an MLOZ Insurance geschuldet;
- Kündigung durch den Versicherer im Falle von Nichtzahlung der Prämien;
- Ausschluss aus den „Zusätzlichen Diensten" der Krankenkasse;
- Wechsel zu einer anderen Krankenkasse als einer der Freien Krankenkassen (automatische Beendigung);
- Tod;
- Nichtigkeit.

4. BEGINN, AUSSCHLÜSSE UND ENDE DER GARANTIE

4.1. Beginn der Versicherungsgarantie

Die Versicherungsgarantie beginnt an dem in der Aufnahmebestätigung festgelegten Anfangsdatum des Versicherungsvertrages, vorausgesetzt, dass die Wartezeiten abgelaufen sind.

4.1.1. Allgemeine Bedingung: Wartezeit von 6 Monaten

Das Anrecht auf Erstattungen wird erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten eröffnet. Diese beginnt am 1. Tag der Mitgliedschaft.

Eine Wartezeit von 12 Monaten ist vorgesehen für die Erstattung von Prothesen, von Implantaten sowie von kieferorthopädischen Behandlungen. Dentalia Plus erstattet keine Zahnpflegeleistungen, die während der Wartezeit begonnen haben.

4.1.2. Besondere Bedingungen

- Befreiung von der Wartezeit für ein Neugeborenes oder ein Adoptivkind
  Wenn das Einschreibedatum eines Elternteils bei Dentalia Plus dem Datum der Geburt oder Adoption vorausgeht, ist das Neugeborene ab seiner Geburt und das Adoptivkind bis 3 Jahre ab dem Tag seiner Adoption versichert, vorausgesetzt, dass innerhalb von 3 Monaten ab der Geburt oder Adoption eine Kopie der Geburts- oder Adoptionsurkunde eingereicht wird und die erste Prämie spätestens am letzten Tag des 6. Monats, der dem Anschlussdatum folgt, gezahlt ist. Die 1. Prämie ist erst fällig ab dem 1. Tag des Monats, welcher der Geburt oder der Adoption folgt. Dies gilt jedoch nur, wenn die hauptversicherte Person, zu deren Lasten das Kind für die gesetzliche Krankenversicherung eingetragen ist, ihre Wartezeit beendet hat.
- Unterbrechung im Falle einer Inhaftierung
  Im Falle einer Inhaftierung und auf Anfrage des Versicherungsnehmers können die satzungsgemäßen Rechte und Pflichten vorübergehend unterbrochen werden. Diese Rechte und Pflichten treten wieder in Kraft am 1. Tag des Monats nach dem Monat, in dem der Versicherungsnehmer die Aufhebung dieser Unterbrechung beantragt, vorausgesetzt, dass die Anfrage innerhalb von 90 Tagen nach Ende des Unterbrechungsgrundes gestellt wird und die Prämie innerhalb von 15 Tagen nach der Zahlungsaufforderung von MLOZ Insurance gezahlt ist.
- Abänderung der Wartezeit bei Unfall
  Dentalia Plus interveniert für jede Zahnpflegeleistung infolge eines Unfalls mit traumatischen Verletzungen, deren Behandlung in den vorliegenden Bestimmungen vorgesehen ist, unter der Bedingung, dass der Unfall nach dem Einschreibedatum stattgefunden hat.
- Abänderung der Wartezeit für gleichwertige Zahnpflegeversicherungen
  Es kann von einer 6- bzw. 12-monatigen Wartezeit für neue Versicherungsnehmer abgewichen werden, die belegen können, dass sie bis zum Datum des Beginns der Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance seit mindestens 12 Monaten einer gleichwertigen Zahnpflegeversicherung angeschlossen waren.

4.2. Von der Garantie ausgeschlossene Leistungen

Folgende Zahnpflegekosten in Zusammenhang mit einer Krankheit oder einem Unfall werden nicht gedeckt:

- als Folge von Kriegsereignisse, mit Ausnahme von Terrorismus: die Rückvergütung wird jedoch während 14 Tagen ab Beginn der Unruhen garantiert, wenn der Versicherungsnehmer vom Ausbruch eines Kriegszustandes während einer Auslandsreise überrascht wurde;
- als Folge von besoldeten sportlichen Aktivitäten, Training einbegriffen;
- als Folge von Aufständen, zivilen Unruhen, gemeinschaftlichen Gewalttätigkeiten politischer, ideologischer oder sozialer Inspiration, begleitet oder nicht von Rebellion gegen die Staatsgewalt oder jegliche befugte Macht, es sei denn, der Versicherungsnehmer erbringt den Beweis, dass er weder aktiv noch freiwillig an diesen Ereignissen teilgenommen hat;
- wenn der Versicherungsnehmer unter Einfluss von Betäubungsmitteln, Halluzinogenen oder anderen Drogen steht;
- infolge einer freiwilligen Teilnahme an einem Verbrechen oder einem Delikt. Delikte werden ebenfalls als solche verstanden, wenn ein Delikt als Verstoß herabgestuft wurde;
- infolge einer vorsätzlichen Handlung des Versicherten, außer bei Rettung von Personen und Gütern, oder bei willkürlichen Risikoerhöhungen durch den Versicherungsnehmer. Eine vorsätzliche Handlungsweise liegt vor, wenn das Verhalten des Versicherten freiwillig und bewusst einen vorhersehbaren Schaden verursacht hat, ohne dass dabei erforderlich ist, dass er die Absicht hatte, diesen Schaden, so wie er sich zugetragen hat, anzurichten. Der Selbstmordversuch und der Suizid werden nicht mit vorsätzlichen Handlungen gleichgesetzt;
- infolge von Trunkenheit, Alkoholismus oder Rauschgiftsucht;
- infolge nuklearer Reaktionen, mit Ausnahme von Terrorismus.

4.3. Ende der Garantie

Die Versicherungsgarantie endet mit dem Ende des Versicherungsvertrages.

5. ANRECHT AUF LEISTUNGEN

MLOZ Insurance und der Versicherungsnehmer arbeiten zusammen, um den Leistungsanspruch zu bestimmen, welcher auf Grundlage der gelieferten Auskünfte erstellt wird. Der Versicherungsnehmer erlaubt dem Versicherer, die hierzu erforderlichen Informationen anzufragen und trägt zu der guten Ausführung der Informations- und Nachforschungsmaßnahmen bei. Der Versicherer nimmt Abstand von jeglichen Maßnahmen, die sich im Verhältnis zur Überprüfung des Leistungsanspruches als unangemessen, als nicht zweckdienlich oder übertrieben herausstellen.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Schadensvergütung beanspruchen kann, tritt der Versicherer in die Rechte des Versicherungsnehmers im Umfang seiner Leistungen ein.

Vereinbarungen, die von dem Versicherungsnehmer mit Dritten in Bezug auf die Rechte abgeschlossen werden, die kraft des Versicherungsvertrags bestehen oder in Ausführung des Versicherungsvertrages entstehen, sind gegenüber dem Versicherer durchsetzbar ab dem Datum, ab dem der Versicherer die Rechte genehmigt hat.

6. VERPFLICHTUNGEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet:

- Erklärungen und Mitteilungen schriftlich oder auf elektronischem Weg an den Sitz des Versicherers oder seiner Sektionen zu richten;
- den Versicherer frühestmöglich über das Datum in Kenntnis zu setzen, ab welchem die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung des Vertrages nicht mehr gegeben sind;
- den Versicherer frühestmöglich in Kenntnis zu setzen von der Existenz eines Vertrages, welcher ähnliche oder gleiche Risiken, entweder ganz oder teilweise, abdeckt;
- dem Versicherer oder seinen Sektionen alle geforderten Auskünfte zukommen zu lassen.

Wenn der Versicherungsnehmer die Verpflichtungen des Versicherungsvertrages oder die in Ausführung des Vertrages entstandenen Verpflichtungen verletzt und dieses Versäumnis nach einem Schadensfall einen Nachteil verursacht, kann der Versicherer seine Leistungen entsprechend kürzen.

7. PRÄMIEN

Monatliche Prämien in Euro zum 01/01/2025, Steuern inbegriffen, je nach Alter.

Eingetragen in Dentalia Plus			
Anschluss vor dem 01/01/2011 oder nach diesem Datum, vor dem Alter von 40 Jahren*		Anschluss nach dem 01/01/2011, im Alter zwischen 40 und 44 Jahren*	
0 bis 3 Jahre	Kostenlos	40 bis 44 Jahre	17,66
4 bis 6 Jahre	4,33	45 und 59 Jahre	24,89
7 bis 17 Jahre	8,42	60 Jahre und älter	26,61
18 bis 29 Jahre	9,62		
30 bis 44 Jahre	13,10		
45 bis 59 Jahre	18,44		
60 Jahre und älter	19,72		

Anschluss nach dem 01/01/2011, im Alter zwischen 45 und 59 Jahren*		Anschluss nach dem 01/01/2011, im Alter zwischen 60 und 64 Jahren*	
44 Jahre**	19,64	59 Jahre**	31,35
45 bis 59 Jahre	27,66	60 Jahre und älter	33,52
60 Jahre und älter	29,57		

* Alter zum Zeitpunkt der Eintragung
** Alter am 1. Januar des Anschlussjahres

Eine Erhöhung der Prämien um 35 %, 50 % oder 70 % auf die geltenden Basissätze wird berechnet für Versicherungsnehmer, die bei ihrer Einschreibung zwischen 40 und 44 Jahre, 45 und 59 Jahre oder 60 Jahre und mehr alt sind.

8. MODALITÄTEN IN BEZUG AUF DIE GESCHULDETEN PRÄMIEN

Der Versicherungsnehmer schuldet die Prämie zum Fälligkeitsdatum zu der vereinbarten Periodik (Quartal, Halbjahr, Jahr). Die Prämie ist geschuldet und im Voraus zahlbar. Die Zahlungsaufforderung wird an die zuletzt bekannte Adresse des Versicherungsnehmers gesandt.
Unter Vorauszahlung versteht man, dass alle Prämien vor dem 1. Tag des ersten Monats des Quartals, Semesters oder Jahres einzuzahlen sind oder, falls die Prämien per Einzugsermächtigung gezahlt werden, innerhalb der 10 ersten Tage des Monats, Quartals, Semesters oder Jahres.
Der Versicherungsnehmer, der seine Prämie vor dem 1. Tag des Quartals nicht gezahlt hat, erhält eine Mahnung per Einschreibebrief oder per qualifiziertem elektronischem Einschreiben. Er wird dazu aufgefordert, seine Prämien innerhalb einer Frist von 15 Tagen zu zahlen, ab dem Tag nach Einreichen des Einschreibebriefes bei der Post oder Einreichen des qualifizierten elektronischen Einschreibens. Diese Mahnung informiert den Versicherungsnehmer über die Aufhebung der Leistungen bei Nichtzahlung der Prämien innerhalb der genannten Frist.
Diese Mahnung ist der Ausgangspunkt für eine Frist von 45 Tagen, nach deren Ablauf ein automatischer Ausschluss erfolgt. Insofern der Versicherungsnehmer seine Prämie nicht bis zum Ende des Quartals gezahlt hat, wird diesem automatisch ein Pauschalbetrag in Höhe von 15,00 € zur Deckung der Mahnungsgebühren in Rechnung gestellt.
Der ausgetragene Versicherungsnehmer kann sich erneut anschließen, unter der Bedingung, dass er alle rückständigen Prämien zahlt. Er muss eine neue Wartezeit erfüllen, um erneut Anrecht auf die Leistungen zu erhalten.

9. SEGMENTIERUNG DER ZAHNPFLEGEVERSICHERUNGEN

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages wenden Versicherungsgesellschaften Segmentierungskriterien an, die sowohl einen Einfluss auf den Beitritt zu einem Versicherungsprodukt als auch auf die Festlegung der Prämien und den Umfang der Garantie haben können. Nachstehend finden Sie eine Übersicht der verschiedenen Kriterien, die MLOZ Insurance im Rahmen ihrer Zahnpflegeversicherungen anwendet.

Folgende Kriterien werden berücksichtigt für Dentalia Plus:

9.1. Bei Vertragsabschluss:

9.1.1. Das Alter des Versicherten, da auf Grundlage von statistischen Angaben die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung sowie die Höhe der Erstattungen mit zunehmendem Alter ansteigt. Das Alter wird daher bei der Festlegung der Prämienhöhe sowie bei der Aufnahme in das Produkt berücksichtigt.
a) Der Anschluss kann je nach gewähltem Produkt eingeschränkt sein: die Altersgrenze für die Aufnahme in Dentalia Plus liegt bei einschließlich 64 Jahren. Diese Altersgrenze gilt nicht für Personen, die vorher bereits einer gleichwertigen Versicherung bei einer anderen VaG angeschlossen und mit ihren Prämien in Ordnung waren.
b) Je nach gewählten Produkt kann die Mitgliedschaft bei einem bestimmten Alter zur Zahlung eines Prämienzuschlages führen.
9.1.2. Das bisherige Bestehen einer gleichwertigen Versicherung wirkt sich aus:
a) auf den Anschluss: Die Altersgrenze (siehe 9.1.1.a)) gilt nicht für Versicherte, die bei ihrer vorhergehenden belgischen Krankenkasse eine gleichwertige Versicherung abgeschlossen hatten und mit den Prämien in Ordnung waren.
b) auf die Wartezeit: Die Wartezeit kann für Versicherte, die bis zum Zeitpunkt ihrer Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance, eine gleichwertige Versicherung abgeschlossen hatten, reduziert oder gestrichen werden. Die Wartezeit wird um die Dauer der vorherigen Mitgliedschaft verkürzt.
MLOZ Insurance macht keine Unterscheidung nach der Art der Versicherung - Krankenkasse oder über einen privaten Versicherer (individuell/kollektiv) - durch die der Versicherte vor seiner Mitgliedschaft gedeckt war.
9.1.3. Die Art der Behandlung: Im Rahmen der Deckung Dentalia Plus ist eine Wartezeit von 12 Monaten vorgesehen für Prothesen, Implantate und kieferorthopädische Behandlungen.

9.2. Während des Vertrages:

Das Alter des Versicherten, da auf Grundlage von statistischen Angaben die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung sowie die Höhe der Auszahlungen mit zunehmendem Alter ansteigen. Die Höhe der Prämie steigt daher mit dem Alter der versicherten Person.

10. ANPASSUNG DER PRÄMIEN, DER LEISTUNGEN SOWIE DER ALLGEMEINEN BEDINGUNGEN

Die Prämie, die Tarifbedingungen und die Bedingungen des Leistungsschutzes werden definiert unter Berücksichtigung der Parameter, enthalten im technischen Plan, welchen der Versicherer auf Grundlage versicherungsmathematischer und technischer Versicherungskriterien erstellt.
Unbeschadet der rechtlichen Möglichkeiten der Prämienanpassungen und mit Ausnahme der Anpassung an den Verbraucherpreisindex oder den medizinischen Index, der im Rahmen der Garantie „Zahnpflege“ anwendbar ist, dürfen die Prämien nicht erhöht werden.
Für die Indexierung wird jährlich ein Vergleich zwischen dem Indexstand vom Monat April des laufenden Jahres mit dem Indexstand des gleichen Monats im vorherigen Jahr vorgenommen.
Die Veränderung des Indexstandes wird in Prozent ausgedrückt und kann angewandt werden auf die vor der Indexierung geltenden Prämie und die Leistungen.
MLOZ Insurance kann jährlich entscheiden, die Indexierungsmöglichkeiten der Prämien auf Basis dieser Angaben nicht oder nur teilweise anzuwenden.
Die Prämien werden um die verschiedenen, in dieser Materie anwendbaren, Steuern erhöht. Die Prämien sowie die Deckung können in Übereinstimmung mit Artikel 504 des Gesetzes vom 13. März 2016 geändert werden.

11. ERSTATTUNGEN VON DENTALIA PLUS

11.1. Leistungen

11.1.1. Vorsorgende Zahnpflege
Unter vorsorgende Zahnpflege versteht man die Munduntersuchung, die parodontale Untersuchung (DPSI-Test), die Zahnsteinentfernung, die prophylaktische Reinigung, das Versiegeln von Rissen und Löchern sowie die Konsultationen im Kabinett eines lizenzierten Zahnmediziners, eines qualifizierten Zahnarztes, eines Stomatologen oder eines Zahnarztes. Für diese Leistungen ist eine Erstattung in Höhe von 100 % des Betrages zu Lasten des Versicherten vorgesehen, nach Abzug sonstiger Erstattungen, die aus anderen Vorschriften hervorgehen.
11.1.2. Heilende Zahnpflege
Unter heilender Zahnpflege versteht man das Zähneziehen, die zahnerhaltenden Maßnahmen, das Röntgen von Zähnen, die kleine Kieferchirurgie sowie die Zuschläge für dringende technische Leistungen.
Für diese Leistungen ist eine Erstattung in Höhe von 50 % des Betrages zu Lasten des Versicherten vorgesehen, nach Abzug sonstiger Erstattungen, die aus anderen Vorschriften hervorgehen.
Der Prozentsatz beträgt 80 %, falls der Versicherte ein vorbeugendes Verhalten gezeigt hat.
11.1.3. Parodontologie
Für Leistungen im Rahmen der Parodontologie ist eine Erstattung in Höhe von 50 % des Betrages, der zu Lasten des Versicherten ist, vorgesehen, nach Abzug sonstiger Erstattungen, die aus anderen Vorschriften hervorgehen.
Der Prozentsatz beträgt 80 %, falls der Versicherte ein vorbeugendes Verhalten gezeigt hat.
11.1.4. Prothesen und Implantate
Für diese Lieferungen im Rahmen der Zahnmedizin sowie die erbrachten Leistungen für deren Anbringung, ist eine Erstattung in Höhe von 50 % des Betrages zu Lasten des Versicherten vorgesehen, nach Abzug sonstiger Erstattungen, die aus anderen Vorschriften hervorgehen.
Der Prozentsatz beträgt 80 %, falls der Versicherte ein vorbeugendes Verhalten gezeigt hat.
11.1.5. Kieferorthopädie (Zahnspangen)
Für Leistungen im Rahmen der Kieferorthopädie ist ein unveränderlicher Prozentsatz in Höhe von 60 % des Betrages zu Lasten des Versicherten vorgesehen, nach Abzug sonstiger Erstattungen, die aus anderen Vorschriften hervorgehen.

11.2. Erstattungen für in Belgien ausgeführte Leistungen

Damit der Dienst die Erstattungen vornehmen kann, ist es unerlässlich, dass alle in Anspruch genommenen Leistungen entweder im K.E. vom 1. Juni 1934 über die Regelung zur Ausübung der Zahnheilkunde, oder im K.E. vom 9. November 1951, ergänzend zum o.g. K.E. über die Regelung zur Ausübung der Zahnheilkunde, aufgeführt sind. Es gibt keine Erstattung für Vorauszahlungen oder Vorschüsse, solange die ärztliche Handlung nicht durchgeführt wurde.

11.3. Erstattungen für im Ausland ausgeführte Leistungen

Die Leistungen werden erstattet, insofern diese innerhalb der Festlandgebiete der folgenden Nachbarländer: Frankreich, die Niederlande, Deutschland, Großherzogtum Luxemburg durch Leistungserbringer erbracht werden, die von den zuständigen Behörden des betreffenden Landes zugelassen sind.

11.4. Ausnahmen

11.4.1. Während des ersten Anschlussjahres beträgt der Prozentsatz der Erstattung für heilende und parodontale Zahnpflege 80 % des Betrages zu Lasten des Patienten.
11.4.2. Für heilende Zahnpflege zugunsten der Versicherten im Alter von 6 Jahren oder weniger beträgt der Prozentsatz der Erstattung 80 % des Betrages zu Lasten des Patienten.

12. BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME

12.1. Jährliche Höchstgrenze

Die jährliche Höchstgrenze beginnt ein Jahr nach Vertragsabschluss und daher nicht am 1. Januar des Kalenderjahres. Während des ersten Anschlussjahres ist die Erstattung begrenzt auf 350,00 € pro Versicherter, während des zweiten Anschlussjahres auf 650,00 € pro Versicherter und während des dritten Anschlussjahres sowie in den darauffolgenden Jahren auf 1.250,00 €. Ab dem dritten Anschlussjahr beschränkt sich die Erstattung jedoch auf 1.050,00 € pro Versicherter für die Gesamtheit aller Leistungen für Parodontologie, für kieferorthopädische Behandlungen sowie für Prothesen und Implantate.
Falls der Versicherte bereits einer ähnlichen Zahnpflegeversicherung angeschlossen war, so wird die Anzahl der Anschlussjahre bei dieser Versicherung berücksichtigt, um die jährliche Höchstgrenze von 350,00 €, 650,00 € oder 1.250,00 € festzulegen. Das Datum, das zur Bestimmung des Startdatums der Höchstgrenze verwendet wird, ist das Datum der Mitgliedschaft bei dieser gleichwertigen Versicherung.

12.2. Nicht gedeckte Leistungen

Dentalia Plus interveniert nicht:

- für Leistungen gemäß Artikel 14, l) des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 zur Festlegung des Erstattungstarifs der Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen, deren Kode nicht das Zeichen „+“ folgt;
- Medikamente;
- ästhetische bzw. kosmetische zahnärztliche Leistungen (Bleaching, multiple Facetten), es sei denn, der Vertrauensarzt hat hierzu seine vorherige Zustimmung erteilt und die gesetzliche Krankenversicherung ist interveniert;
- Kosten, deren Rechnungsstellung rechtswidrig/nach belgischem Recht nicht zulässig ist.

13. ZUSAMMENTREFFEN MEHRERER VERSICHERUNGEN

13.1. Nicht berücksichtigt werden die Kosten, die gedeckt werden können durch:

- die gesetzliche Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen, gemäß dem Gesetz vom 14. Juli 1994 und den K.E. zur Ausführung sowie dem K.E. vom 30. Juni 1964;
- die Gesetzgebungen bezüglich Arbeitsunfälle (Gesetz vom 10. April 1971 und K.E. zur Ausführung) und Berufskrankheiten (Gesetz vom 3. Juni 1970 und K.E. zur Ausführung);
- die EU-Regelungen 1408/71 und 574/72 und 883/04 oder ein von Belgien abgeschlossenes multi- oder bilaterales Abkommen der Sozialen Sicherheit;
- den Dienst “Dringende Pflege im Ausland” der Krankenkasse.

Die Zusatzdeckungen werden nach Abzug dieser Intervention errechnet. Sollte der Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grund kein Anrecht auf eine oder mehrere dieser Interventionen haben, so interveniert MLOZ Insurance in demselben Maße wie für einen Versicherungsnehmer, der Anrecht auf diese Interventionen hat.

13.2. Falls die Beträge, die durch eine andere Gesetzgebung, das Gemeinrecht oder einen Versicherungsvertrag gezahlt werden, niedriger sind als die gezahlten Leistungen von MLOZ Insurance, so hat der Nutznießer Anrecht auf die Differenz zu Lasten von MLOZ Insurance. Diese Auskünfte müssen auf dem „Antrag auf Rückerstattung“ vermerkt sein.
Die Erstattung von MLOZ Insurance darf keinesfalls den Betrag der verauslagten Kosten des Versicherten übersteigen. Falls der Schaden voraussichtlich durch das Gemeinrecht oder eine andere Gesetzgebung gedeckt werden kann, so kann MLOZ Insurance ihre Leistungen provisorisch zahlen; dies solange bis die Schadensregelung endgültig geregelt ist.
In diesem Fall ist MLOZ Insurance in alle Rechte eingesetzt und es werden ihr alle Forderungsrechte übertragen, die der Versicherte gegenüber dem Schuldner dieser Entschädigung hat.
Ohne Genehmigung von MLOZ Insurance darf der Versicherte keine Vereinbarungen mit dem Schuldner abschließen.

14. ERSTATTUNGEN

14.1. Verjährung

Der Anspruch auf Rückvergütungen von Leistungen im Rahmen der Vorteile und sonstigen aus dem Versicherungsvertrag abgeleiteten Ansprüchen verjährt nach 3 Jahren, beginnend ab dem Tag des Ereignisses, das das Anrecht eröffnet hat, das heißt ab dem Tag, an welchem der gedeckte Risikofall sich ereignete.

14.2. Medizinische Kontrolle

Die Leistungen werden nur unter dem Vorbehalt gewährt, dass MLOZ Insurance jederzeit den Gesundheitszustand des Versicherten und die Angemessenheit der Leistungen durch den Medizinischen Berater überprüfen lassen kann.

14.3. Zahlung der Vorteile

Der Versicherungsnehmer muss mit den Prämien in Ordnung sein, um Anrecht auf die vorgesehene Erstattung zu haben. Damit der Versicherungsnehmer die von Dentalia Plus vorgesehenen Vorteile erhalten kann, muss er sich an einen anerkannten Pflegeleistenden wenden. Er muss ein Dokument „Zahnmedizinische Leistungen - Nachweis für ausgeführte Behandlung(en)“, das ordnungsgemäß von ihm selbst und vom Pflegeleistenden ausgefüllt wird sowie eine Behandlungsbescheinigung, die im Rahmen einer Intervention der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen ausgestellt wird, vorlegen.
Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, den Versicherten darüber zu informieren, dass mit Anschluss an das Produkt, die VaG MLOZ Insurance direkt Kontakt mit der Krankenkasse oder dem Landesbund der Freien Krankenkassen aufnehmen kann, um die Bearbeitung der Kostenerstattung zu erleichtern auf Basis der Daten, die sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Zusatzversicherung erhalten hat.
Belege, die MLOZ Insurance auf elektronischem Weg zur Beantragung einer Erstattung übermittelt werden, sind zulässig. In diesem Fall muss die digitale Kopie von guter Qualität (lesbar) und originalgetreu sein (keine handschriftlichen Änderungen oder Nachbearbeitungen). MLOZ Insurance behält sich das Recht vor, das Originaldokument von der versicherten Person anzufordern, welche dieses aufbewahren oder eventuelle Kosten für ein Duplikat tragen muss.
Rückvergütungen werden vorgenommen an die effektiv Versicherten oder an jede Person, welche in dem “Antrag auf Rückerstattung” Vollmacht erhalten hat, und dies nach Erhalt der ausführlichen Rechnungsbelege und der Abrechnung der gesetzlichen Intervention.

15. DATENVERARBEITUNG

Die personenbezogenen Daten des Versicherungsnehmers und seiner Versicherten werden von MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und von den Freien Krankenkassen als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung der Versicherungsverträge, welche der Versicherungsnehmer unterzeichnet hat, und in Übereinstimmung mit der Datenschutzgrundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 verarbeitet.
Medizinische Daten werden unter Aufsicht und Verantwortung des Medizinischen Beraters von MLOZ Insurance erfasst und verarbeitet. Der Versicherungsnehmer kann die Datenschutzbestimmungen von MLOZ Insurance einsehen über den Link www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance, oder auf Anfrage in den Kontaktstellen oder per Post (MLOZ - DPO, Route de Lennik 788A in 1070 Brüssel).

Diese Zusammenfassung dient zu Informationszwecken, für die Rechte und Pflichten der Versicherungsnehmer von MLOZ Insurance ist ausschließlich die Satzung ausschlaggebend. Diese kann im Sitz von MLOZ Insurance eingesehen werden oder auf Internetseitee www.mloz.be.