Allgemeine Bedingungen Hospitalia Kontinuität

zum 1. Januar 2026

Allgemeine Bedingungen Hospitalia Kontinuität der Versicherungsgesellschaft MLOZ Insurance,
verabschiedet durch den Verwaltungsrat vom 17. September 2025
und durch die Außerordentliche Generalversammlung vom 15. Oktober 2025

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 - 11/2025

freie Hospitalia Kontinuität

BEGRENZUNG DER VERSICHERUNGSZEIT

Die Mitgliedschaft in Hospitalia Kontinuität endet von Rechts wegen im Alter von 66 Jahren oder mit der Einstellung der Gruppenversicherung des Arbeitgebers. Spätestens vor Ihrem 66. Geburtstag können Sie einen Wechsel zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus beantragen.
Dieses Alter wird ab 2030 auf 67 Jahre angehoben.
Dies, ohne Wartezeit, ohne medizinischen Fragebogen und ohne erhöhte Prämien, mittels Einreichens eines „Antrags auf Mitgliedschaft oder Wechsel des Produktes" und eines Nachweises über die Mitgliedschaft bei der Gruppenversicherung Ihres Arbeitgebers seit mindestens 3 Monaten am Datum des Wechsels. Insofern noch keine dreimonatige Mitgliedschaft bei Hospitalia Kontinuität vorliegt, kann der Wechsel zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus erfolgen mittels einer Wartezeit, deren Dauer der verbleibenden Anzahl Monate entspricht.

Achtung: Jegliche Änderung in der Haushaltszusammensetzung oder Gruppenversicherung des Arbeitgebers, welche einen Einfluss auf den Versicherungsschutz haben kann (z.B. Hinzufügen oder Streichen von Personen bei Neugeburt, Heirat, Adressenänderung, ...), muss MLOZ Insurance sofort mitgeteilt werden.
Sobald Sie oder eines Ihrer Familienmitglieder nicht mehr über die Gruppenversicherung des Arbeitgebers versichert sind, müssen Sie einen Wechsel zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus beantragen, um weiterhin für die Übernahme der Krankenhauskosten versichert zu sein.
Da Hospitalia Kontinuität nur zusätzlich zu einer Gruppenversicherung des Arbeitgebers interveniert, kann in diesem Fall keine Erstattung mehr erfolgen.

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. Krankenhausaufenthalt: jeder Aufenthalt von mindestens einer Nacht sowie jeder Tagesaufenthalt im Krankenhaus, anerkannt vom Ministerium für Volksgesundheit, in dem die wissenschaftlich bewährten Diagnose- und Therapiemittel angewandt werden.
1.6. Tagesaufenthalt:
Der Tagesaufenthalt bezieht sich ausschließlich auf:

- eine Aufnahme und ein Aufenthalt ohne Übernachtung in einem anerkannten Krankenhaus, in dem der Patient einem oder mehreren planbaren Eingriffen unterzogen wird. Diese Eingriffe erfordern festgelegte Verfahren für die Patientenauswahl, Sicherheit, Qualitätskontrolle, Kontinuität, Berichterstattung und Zusammenarbeit mit den verschiedenen medizinisch-technischen Diensten unter Aufsicht und Leitung eines Facharztes im Krankenhaus mit angemessener Überwachung und Pflege;
- eine Funktion „chirurgischer Tagesaufenthalt", anerkannt auf Basis des K.E. vom 25. November 1997 zur Festlegung der Normen, welche die Funktion des „chirurgischen Tagesaufenthaltes" erfüllen muss, um anerkannt zu werden.

Die zum Zeitpunkt der Leistung geltenden Bestimmungen der Nationalen Vereinbarung zwischen den Krankenhäusern und den Versicherern werden angewandt. Die VaG geht davon aus, dass die Krankenhausrechnung die ordnungsgemäße Anwendung des Übereinkommens widerspiegelt.
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. Quittung: das von der Krankenkasse benutzte Dokument außerhalb des Drittzahlersystems.
1.9. Wartezeit: Periode, während welcher der Versicherer keine Leistungen erbringen muss und welche mit dem Anfangsdatum des betreffenden Vertrages beginnt.
1.10. Medizinischer Fragebogen: dieses Dokument verschafft dem Medizinischen Berater von MLOZ Insurance eine Übersicht über den vergangenen und aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten und dient zur eventuellen Festlegung einer begrenzten Kostenübernahme für eine bereits bestehende Krankheit, ein bestehendes Leiden oder einen bestehenden Zustand bei einem späteren Übergang zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus.
1.11. Bereits bestehende Krankheit, Leiden oder Zustand: ein Leiden, eine Krankheit oder ein Gesundheitszustand (wie beispielsweise die Schwangerschaft), die zum Zeitpunkt der Eintragung bei MLOZ Insurance (oder zum Zeitpunkt des Wechsels zu einem anderen Produkt innerhalb von MLOZ Insurance) besteht und zu einem Krankenhausaufenthalt führt.
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 MLOZ Insurance 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). Außerdem muss der Versicherungsnehmer eine Gruppenversicherung durch seinen Arbeitgeber oder durch eine andere Gruppe abgeschlossen haben und diesbezüglich einen Nachweis erbringen. Falls dieser nicht erbracht werden kann, ist eine Ehrenwörtliche Erklärung erforderlich, damit der Versicherungsnehmer sich der Hospitalia Kontinuität bis zum Alter von einschließlich 64 Jahren anschließen kann.
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. Sie können nur in dem Fall wieder Mitglied bei MLOZ Insurance werden (gemäß den Bedingungen einer neuen Mitgliedschaft), wenn Sie Ihre Beiträge für die „Zusätzlichen Dienste“ Ihrer Krankenkasse wieder ordnungsgemäß zahlen. Der Zeitraum in dem Sie Beiträge zahlen müssen, ohne Anrecht auf Leistungen zu haben, hängt davon ab, ob Sie sich in einer schutzwürdigen Situation befinden oder befanden (z.B. (aber nicht ausschließlich) Eingliederungseinkommen, kollektive Schuldenregelung, Privatinsolvenz usw.). Jede Unterbrechung von 6 Monaten bei der Zahlung dieser Beiträge während den ersten 24 Monaten Ihres Wiederanschlusses führt zu einem erneuten Ausschluss von MLOZ Insurance.

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 (mit oder ohne begrenzte Kostenübernahme für einen möglichen zukünftigen Wechsel zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus), 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“ und den „Medizinischen Fragebogen“ 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 und der medizinische Fragebogen vor Ende des dritten Monats nach der Geburt oder Adoption bei MLOZ Insurance eingegangen sind, 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.
Wenn der Medizinische Berater auf Basis des medizinischen Fragebogens eine zusätzliche Information benötigt, ehe er über den Antrag auf Mitgliedschaft befindet, stehen dem Versicherungsnehmer 45 Tage zur Verfügung, um diese einzureichen.
Wird die Einreichungsfrist nicht eingehalten, so tritt die Mitgliedschaft, angesichts der fehlenden zusätzlichen Informationen, automatisch zu den o.g. Bestimmungen mit einer begrenzten Kostenübernahme für das auf dem medizinischen Fragebogen vermerkte bestehende Leiden oder die vermerkte bestehende Krankheit oder den vermerkten bestehenden Zustand im Falle eines Krankenhausaufenthaltes in Kraft.
Die Aufnahme, mit oder ohne begrenzte Kostenübernahme im Falle eines Krankenhausaufenthaltes 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

Die Mitgliedschaft in Hospitalia Kontinuität endet von Rechts wegen im Alter von 66 Jahren oder mit der Einstellung der Gruppenversicherung des Arbeitgebers. Spätestens vor Ihrem 66. Geburtstag können Sie einen Wechsel zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus beantragen, ohne Wartezeit, ohne medizinischen Fragebogen und ohne erhöhte Prämien, mittels Einreichens eines Nachweises über die Mitgliedschaft bei der Gruppenversicherung Ihres Arbeitgebers seit mindestens 6 Monaten am Datum des Wechsels. Insofern die Wartezeit im Rahmen von Hospitalia Kontinuität zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet ist, kann der Wechsel zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus erfolgen mittels einer Wartezeit, deren Dauer der verbleibenden Anzahl Monate entspricht.
In Ermangelung des Nachweises muss zum Zeitpunkt des Wechsels erneut ein medizinischer Fragebogen ausgefüllt und – bei Anschluss nach dem Alter von 46 Jahren - je nach Alter eine Prämienerhöhung gezahlt werden. Eine Wartezeit muss nicht erfüllt werden.
Die genannte Prämienerhöhung wird auf jeden Fall angewandt, falls die Dauer der Mitgliedschaft in Hospitalia Kontinuität zum Zeitpunkt des Wechsels zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus weniger als ein Jahr beträgt und vor der Eintragung in Hospitalia Kontinuität kein Wechsel von Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus vorgenommen wurde.
Zudem endet der Versicherungsvertrag 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. Die Kündigungsfrist eines Monats gilt nicht im Falle eines Produktwechsels innerhalb der Krankenhausversicherung von MLOZ Insurance;
- 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 von MLOZ Insurance wird erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten eröffnet. Diese beginnt am 1. Tag der Mitgliedschaft. MLOZ Insurance erstattet weder Krankenhausaufenthalte noch ambulante Leistungen, 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 MLOZ Insurance dem Datum der Geburt oder Adoption vorausgeht, ist das Neugeborene ab seiner Geburt und das Adoptivkind bis 3 Jahre ab dem Tag seiner Adoption, ohne Ausfüllen eines medizinischen Fragebogens 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 erste 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
  MLOZ Insurance interveniert für jeden Krankenhausaufenthalt und für jede ambulante Pflege 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. Die Erstattung wird erst nach einem günstigen Gutachten des Medizinischen Beraters von MLOZ Insurance vorgenommen.
- Abänderung der Wartezeit für gleichwertige Krankenhausversicherungen des Typs „Kontinuität“
  MLOZ Insurance interveniert für neue Versicherungsnehmer, die belegen können, dass sie bis zum Datum des Beginns ihrer Mitgliedschaft bei MLOZ

Insurance seit mindestens 6 Monaten einer gleichwertigen Versicherung des Typs „Kontinuität“ angeschlossen waren, d.h. einer Versicherung, die Sie berechtigt zu einem späteren Übergang in eine Krankenhausversicherung.

4.2. Von der Garantie ausgeschlossene Leistungen

MLOZ Insurance interveniert nur dann, wenn die Gruppenversicherung des Arbeitgebers für einen stationären Aufenthalt in Belgien oder im Ausland (mindestens eine Übernachtung) oder für einen Tagesaufenthalt in Belgien interveniert ist.

Folgende Krankenhaus- und Pflegekosten 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.

Das Originaldokument bezüglich der Erstattung der Krankenhauskosten durch die Gruppenversicherung, muss innerhalb von 3 Jahren nach Eintrittsdatum des durch die Garantie gedeckten Risikos eingereicht werden. Nach dieser Frist sind sie verjährt. Die Versicherungsleistungen werden dem Begünstigten des Versicherungsvertrags erstattet.

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 nur 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 01/01/2026, Steuern inbegriffen, je nach Alter am Tag der Mitgliedschaft (Steuern in Höhe von 10 % inbegriffen).

Eingetragen in Hospitalia Kontinuität Je nach Alter am Tag der Mitgliedschaft:			
< 18 Jahre	3,31	40 bis 45 Jahre	7,89
18 bis 24 Jahre	4,09	46 bis 49 Jahre	8,87
25 bis 29 Jahre	5,22	50 bis 54 Jahre	9,94
30 bis 34 Jahre	6,21	55 bis 59 Jahre	18,88
35 bis 39 Jahre	7,14	60 bis 64 Jahre	25,61

Die Prämien richten sich nach dem Alter am Tag der Mitgliedschaft in Hospitalia Kontinuität. Bei Wechsel von Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus zu Hospitalia Kontinuität entsprechen die Prämien von Hospitalia Kontinuität jenen, die im gleichen Alter für den Anschluss an eines dieser Produkte gelten.

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 (gemäß den Bedingungen einer neuen Mitgliedschaft) anschließen, unter der Voraussetzung, dass er alle rückständigen Prämien zahlt. Er muss eine neue Wartezeit erfüllen, um erneut Anrecht auf die Leistungen zu erhalten.

9. SEGMENTIERUNG DER KRANKENHAUSVERSICHERUNGEN

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 Krankenhausversicherungen anwendet.

Folgende Kriterien werden berücksichtigt für Hospitalia Kontinuität:

9.1. Bei Vertragsabschluss:

9.1.1. Das Alter des Versicherten, da auf Grundlage von statistischen Angaben die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung und eines Krankenhausaufenthaltes 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) Die Altersgrenze für die Aufnahme in Hospitalia Kontinuität liegt bei einschließlich 64 Jahren.

b) Je nach gewähltem Produkt kann die Mitgliedschaft bei einem bestimmten Alter zur Zahlung eines Prämienzuschlages führen. Dies ist bei Hospitalia Kontinuität nicht der Fall.

9.1.2. Der Gesundheitszustand, insbesondere ein bestehendes Leiden, eine bereits bestehende Krankheit oder ein bestehender Zustand, da das Risiko einer Behandlung und eines Krankenhausaufenthaltes sowie der Betrag der medizinischen Kosten steigen kann. Dieser kann außerdem rechtfertigen, dass bestimmte an ein bestehendes Leiden, eine bestehende Krankheit oder einen bestehenden Zustand gebundene medizinische Kosten nicht gedeckt sind.

Diese Regelung gilt nur für Versicherte von Hospitalia Kontinuität im Falle eines Wechsels zu Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus.

9.1.3. Das bisherige Bestehen einer gleichwertigen Versicherung wirkt sich aus auf die Wartezeit: Die Wartezeit kann für Versicherte, die bis zum Zeitpunkt ihrer Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance, eine gleichwertige Versicherung ab-

geschlossen 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.

9.2. Während des Vertrages:

Das Alter des Versicherten, da auf Grundlage von statistischen Angaben die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung und eines Krankenhausaufenthaltes sowie die Höhe der Auszahlungen mit zunehmendem Alter ansteigen. Die Höhe der Prämie von Hospitalia Kontinuität, der bei Vertragsabschluss festgelegt wird, erhöht sich jedoch nicht entsprechend dem Alter des Versicherten während der Vertragslaufzeit.

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 „Einzelzimmer“ 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 HOSPITALIA KONTINUITÄT

Hospitalia Kontinuität übernimmt die eventuell verbleibenden oder nicht gedeckten Kosten für:
a) stationäre Aufenthalte in Belgien und im Ausland
b) Tagesaufenthalte in Belgien

bis zu 50,00 € pro Tag, nach Intervention der Versicherung des Arbeitgebers. Diese Geldleistung wird zusätzlich zur Erstattung der Gruppenversicherung des Arbeitgebers, die an erster Stelle intervenieren muss, gezahlt.

12. BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME

12.1. Tägliche Höchstgrenze

Die Erstattung von MLOZ Insurance ist auf höchstens 50,00 € pro Tag, nach Intervention der Versicherung des Arbeitgebers, begrenzt.

12.2. Begrenzte Kostenübernahme im Falle eines bestehenden Leidens oder einer bereits bestehenden Krankheit oder eines bestehenden Zustandes

Der Medizinische Berater von MLOZ Insurance kann auf Basis des medizinischen Fragebogens im Falle einer bestehenden Krankheit, oder eines bestehenden Leidens oder eines bestehenden Zustandes entscheiden, dass eine begrenzte Kostenübername für Krankenhausaufenthalte, die damit direkt in Verbindung stehen (d.h. ein Ausschluss der Kostenübernahme der Zimmer- und Honorarzuschläge im Einzelzimmer), bei einem späteren Übergang zum Produkt Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus, angewandt werden kann.
Während der ersten 24 Monate der Mitgliedschaft kann der Medizinische Berater entscheiden, diese Begrenzung (Ausschluss der Kostenübernahme der Zimmer- und Honorarzuschläge im Einzelzimmer), wegen vorsätzlicher Unterlassung oder wegen unbeabsichtigter Ungenauigkeit in Bezug auf den Gesundheitszustand im medizinischen Fragebogen, anzuwenden. Der Selbstmordversuch kann von MLOZ Insurance bei der Feststellung des aktuellen Gesundheitszustands des Versicherten nicht berücksichtigt werden, wenn der Suizidversuch mehr als 1 Jahr vor dem Ausfüllen des medizinischen Fragebogens stattgefunden hat.
Der medizinische Fragebogen wird nur bei einer späteren Überführung zum Produkt Hospitalia Smart, Hospitalia Care oder Hospitalia Plus wirksam, wenn diese letzte Deckung höher ist als die Deckung, über die der Versicherte vor seiner Mitgliedschaft in Hospitalia Kontinuität verfügte.
Zum Zeitpunkt des Wechsels wird der Medizinische Berater entscheiden, ob diese Begrenzung bestehen bleibt oder nicht.

13. ERSTATTUNGEN

13.1. 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.

13.2. Medizinische Kontrolle

MLOZ Insurance hat das Recht, zu jeder Zeit den Gesundheitszustand des Versicherten und die Berechtigung der Leistungen durch den Medizinischen Berater kontrollieren zu lassen.

13.3. 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 Hospitalia Kontinuität vorgesehenen Vorteile erhalten kann, muss er ein von MLOZ Insurance vorgeschriebenes Dokument “Antrag auf Rückerstattung” ausfüllen und MLOZ Insurance alle zur Erstattung notwendigen Belege zur Verfügung stellen, wozu das Original über die Erstattung der Krankenhauskosten durch die Gruppenversicherung gehört.
MLOZ Insurance kann alle weiteren für notwendig befundenen Belege fordern.
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.
Rückerstattung werden vorgenommen an die effektiv Versicherten oder an jede Person, welche im „Antrag auf Rückerstattung“ Vollmacht erhalten hat, und dies nach Erhalt der ausführlichen Rechnungsbelege und der Abrechnung der gesetzlichen Intervention.

14. 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 Internetseite www.mloz.be.