

Allgemeine Bedingungen Hospitalia

zum 1. Januar 2024

Allgemeine Bedingungen Hospitalia der Versicherungsgesellschaft MLOZ Insurance, verabschiedet durch den Verwaltungsrat vom 31. Mai und 20. September 2023 und durch die Außerordentliche Generalversammlung vom 21. Juni und 18. Oktober 2023

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 - 01/01/2024



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: Partenamat (www.partenamat.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.

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.

1.6. 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. Leistungen der Gesundheitspflege: Leistungen des Erstattungstarifs (K.E. vom 14. September 1984 und nachträgliche Änderungen).

1.8. Pharmazeutische Produkte:

Unter pharmazeutischen Produkten sind zu verstehen:

- alle Arzneimittel, die beim Ministerium für Volksgesundheit registriert sind, in Anwendung von Artikel 6 des Gesetzes vom 25. März 1964 und

des K.E. vom 3. Juli 1969 und nachträglichen Änderungen;

- alle pharmazeutischen Spezialitäten, die vom Krankenhaus eines anderen Landes gemäß den Bestimmungen von Artikel 105 des K.E. vom 14. Dezember 2006 über Human- und Tierarzneimittel eingeführt werden;
- magistrale Zubereitungen, die während eines Tagesaufenthaltes im Krankenhaus verabreicht werden;
- Kontrastmittel.

1.9. Implantate und medizinische Vorrichtungen: alles, was gesetzlich anerkannt ist, einschließlich der Lieferungs- und Sicherheitsmarge.

1.10. Andere Lieferungen: die Produkte und Leistungen, die rechtmäßig berechnet werden dürfen in der Rubrik 5 der Patientenrechnung, entsprechend der Anlage 37 sowie in der Rubrik 3 der Patientenrechnung entsprechend der Anlage 37bis der Verordnung vom 1. Februar 2016 zur Ausführung des Artikels 22, 11° des Gesetzes betreffend der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen, koordiniert am 14. Juli 1994.

1.11. 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.

1.12. Patientenrechnung, Honorarrechnung und Rechnung für ambulante Pflege im Krankenhaus: die Dokumente, wie sie beschrieben sind in der Anlage 37, in der Anlage 38 und in der Anlage 37bis der Verordnung vom 1. Februar 2016 zur Ausführung des Artikels 22, 11° des Gesetzes betreffend der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen, koordiniert am 14. Juli 1994.

1.13. Quittung: das von der Krankenkasse benutzte Dokument außerhalb des Drittzahlersystems.

1.14. Ambulante Pflege: die Pflege, die außerhalb eines Krankenhausaufenthaltes oder Tagesaufenthaltes erteilt wird.

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

1.16. 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.

1.17. 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 oder zu ambulanter Pflege führt.

1.18. Schiene: eine Schiene ist ein medizinisches Gerät, das aus Metall und/oder Kunststoff besteht, um ein Gelenk oder ein Glied so zu befestigen, dass die Bewegungen auf ein Minimum reduziert werden. Es handelt sich um eine vorübergehende Behandlung zur Linderung von Schmerzen oder zur Vorbeugung weiterer Verletzungen.

Bei den erstattbaren Schienen handelt es sich um die Nomenklaturnummern des Artikels 29, Abs. 1, Punkt A (außer für Reparatur und War-

tung), Punkt B (Hauptgruppen I, II, III, IV, VI, VIII, XII) und Punkt C (alle Hauptgruppen außer XVI).

2. AUFNAHME

2.1. Jede Person kann sich der Deckung Hospitalia und zusätzlich der Garantie schwere Krankheiten 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 Onafhankelij 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 die Garantie schwere Krankheiten liegt bei 65 Jahren. Diese Altersbegrenzung gilt jedoch nicht für Personen, die einen Krankenkassenwechsel in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung vornehmen, insofern diese bei ihrer vorhergehenden belgischen Krankenkasse einer gleichwertigen Garantie schwere Krankheiten abgeschlossen hatten und mit den Prämien in Ordnung waren. Es gibt keine Altersbegrenzung für die Aufnahme in Hospitalia.

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, 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), 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 sowie eine Verweigerung der Garantie schwere Krankheiten in Kraft.

Die Aufnahme, mit oder ohne begrenzte Kostenübernahme im Falle eines Krankenhausaufenthaltes sowie eine Verweigerung der Garantie schwere Krankheiten, wird dem Versicherungsnehmer schriftlich mitgeteilt.

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. Die Kündigung von Hospitalia hat die automatische Beendigung der Garantie schwere Krankheiten zu Folge. 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. Eine Wartezeit von 6 Monaten gilt auch für die Erweiterung der Deckung ab deren Inkrafttreten. 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 und für gleichwertige Garantien schwere Krankheiten
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 „Entschädigung“ angeschlossen waren, d.h. einer Versicherung, die für die tatsächlichen Kosten interveniert, die auf der Patientenrechnung aufgeführt sind und einer gleichwertigen Garantie schwere Krankheiten.

4.2. Von der Garantie ausgeschlossene Leistungen

Für alle Leistungen und Zimmerarten

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 einbezogen;
- 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.
- 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 anzufordern 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 Versicherungsvertrages 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 01/01/2024, Steuern inbegriffen, je nach Alter zum 01/01/2024

Eingetragen in Hospitalia (Steuern in Höhe von 10 % inbegriffen)			
Eintragung vor dem 01/01/1994 oder nach diesem Datum, vor dem Alter von 46 Jahren*		Eintragung nach dem 01/01/1994, im Alter zwischen 46 und 49 Jahren*	
< 18 Jahre	4,11	46 bis 49 Jahre	11,98
18 bis 24 Jahre	5,38	50 bis 59 Jahre	14,80
25 bis 49 Jahre	11,41	60 Jahre und älter	32,47
50 bis 59 Jahre	14,10		
60 Jahre und älter	30,93		

Eintragung nach dem 01/01/1994, im Alter zwischen 50 und 54 Jahren*		Eintragung nach dem 01/01/1994, im Alter zwischen 55 und 59 Jahren*	
49 Jahre**	12,55	55 bis 59 Jahre	21,15
50 bis 59 Jahre	15,51	60 Jahre und älter	46,40
60 Jahre und älter	34,02		
		Eintragung zwischen dem 01/01/1994 und dem 30/06/2014, ab dem Alter von 60 Jahren*	
		59 Jahre**	23,97
		60 Jahre und älter	52,58

Eintragung nach dem 01/07/2014, im Alter zwischen 60 und 70 Jahren*	60 Jahre und älter	52,58
Eintragung nach dem 01/07/2014, im Alter zwischen 71 und 75 Jahren*	61 Jahre und älter	55,67
Eintragung nach dem 01/07/2014, ab dem Alter von 76 Jahren*	76 Jahre und älter	58,77

* Alter zum Zeitpunkt der Eintragung

** Alter am 1. Januar des Anschlussjahres

Eine Erhöhung der Prämien um 5%, 10%, 50%, 70%, 80% und 90% auf die Basissätze wird berechnet für Versicherungsnehmer, die bei ihrem Einschreibedatum in Hospitalia zwischen 46 und 49 Jahre, 50 und 54 Jahre, 55 und 59 Jahre, 60 und 70 Jahre, 71 und 75 Jahre, 76 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 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:

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 ansteigen. 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: Es gibt keine Altersbegrenzung für die Aufnahme in Hospitalia. Die Altersgrenze beträgt einschließlich 65 Jahre für die Garantie schwere Krankheiten, die zusätzlich zu Hospitalia angeboten wird.

Diese Altersgrenze gilt nicht für Personen, die vorher bereits einer gleichwertigen Garantie bei einer anderen VaG angeschlossen und mit ihren Prämien in Ordnung waren.

b) Je nach gewähltem Produkt kann die Mitgliedschaft bei einem bestimmten Alter zur Zahlung eines Prämienzuschlages führen.

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.

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 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, mit Ausnahme der Anwendung des bereits bestehenden Zustandes im Falle einer Schwangerschaft (siehe 9.1.2.):

- Für die Versicherten, die vorher einer gleichwertigen Krankenhausversicherung bei einer anderen Krankenkasse angeschlossen waren, gilt diese Begrenzung nur insofern die Entbindung in den ersten neun Monaten der Mitgliedschaft stattfindet, unter Anrechnung der Versicherungszeiten bei der vorherigen Krankenkasse und Hospitalia, ohne Unterbrechung.

- Falls die Versicherte bereits vorher einer gleichwertigen Versicherung über einen privaten Versicherer (individuell/kollektiv) angeschlossen war, hat sie im Falle einer Entbindung während der ersten 9 Monate der Mitgliedschaft in Hospitalia, Anrecht auf Rückerstattungen, mit einer einzigen Begrenzung: bei Krankenhausaufenthalt in einem Einzelzimmer werden die Zimmer- und Honorarzuschläge nicht erstattet.

Diese Unterscheidung für belgische Gegenseitigkeitsgesellschaften wird aus folgenden Gründen vorgenommen:

- Die Besonderheit der Krankenkassenversicherungen, nämlich die Tatsache, dass ein Wechsel der Krankenkasse die Beendigung der Versicherung bei der entsprechenden VaG bedeutet, was eine flexible Behandlung von Personen rechtfertigt, die zuvor einer anderen VaG angeschlossen waren, da in diesem Zusammenhang das Risiko einer

Antiselektion gering ist.

- Die Möglichkeit, die Krankenkasse zu wechseln (freie Wahl der Krankenkasse).

9.2. Während des Vertrages:

9.2.1. 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 steigt daher mit dem Alter der versicherten Person.

9.2.2. Die Art des Zimmers: Im Rahmen von Hospitalia bedeutet die Wahl eines Einzelzimmers die Anwendung einer Franchise von 150,00 € pro Krankenhausaufenthalt in Krankenhäusern, welche Honorarzuschläge von mehr als 200 % im Verhältnis zum gesetzlichen Erstattungstarif berechnen. Die Liste dieser Krankenhäuser finden Sie auf www.hopitaux-franchise.be.

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 „Zweibett- oder Mehrbettzimmer“ und der Garantie „ambulante Pflege“ für die Garantie schwere Krankheiten 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 geltende 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

11.1. Erstattungen für Krankenhausaufenthalte in Belgien

Die Erstattungen werden nur bei Krankenhausaufenthalt in einem der folgenden Dienste vorgenommen:

- 19 (n) Abteilung für nicht-intensive neonatale Pflege
 - 21 (C) Dienst für Diagnose und chirurgische Behandlung
 - 22 (D) Dienst für Diagnose und medizinische Behandlung
 - 23 (E) Dienst für Pädiatrie
 - 24 (H) Dienst für einfache Hospitalisation
 - 25 (L) Dienst für ansteckende Krankheiten
 - 26 (M) Dienst für Entbindung
 - 27 (N) Dienst für intensive neonatale Pflege
 - 29 Einheit für Behandlung von schweren Verbrennungen
 - 34 (K) Dienst für Kinderneuropsychiatrie (Tag und Nacht)
 - 35 (K1) Dienst K (Tag)
 - 36 (K2) Dienst K (Nacht)
 - 37 (A) Dienst für Neuropsychiatrie (Tag und Nacht)
 - 38 (A1) Dienst A (Tag)
 - 39 (A2) Dienst A (Nacht)
 - 41 (T) Psychiatrische Abteilung (Tag und Nacht)
 - 42 (T1) Dienst T (Tag)
 - 43 (T2) Dienst T (Nacht)
 - 48 (IB) Dienst für Intensivbehandlung psychiatrischer Patienten
 - 49 (I) Dienst für Intensivbehandlung
- sowie in den folgenden Diensten innerhalb der vorgesehenen Grenzen:
- 30 (G) Dienst für Geriatrie und Rehabilitation
 - 61 bis 66 (Sp) Dienst für Spezialitäten
 - 61 Herz-Lungen-Leiden
 - 62 Lokomotorische Leiden
 - 63 Neurologische Leiden
 - 64 Chronische Leiden, die Palliativpflege erfordern
 - 65 Chronische Polyopathologien, die verlängerte medizinische Versorgung erfordern
 - 66 Psychogeriatrische Leiden

1. Bei Aufnahme ausschließlich in einem Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer: vollständige Erstattung auf Basis der Patientenrechnung und Honorarrechnung der tatsächlich entstandenen Kosten in Bezug

auf die nachstehenden Punkte 2.1. bis 2.10., ausgenommen der folgenden Höchstgrenze.

Für Prothesen, Implantate und nicht implantierbare medizinische Vorrichtungen, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden, ist die Erstattung begrenzt auf 2.500,00 € pro Aufenthalt. Darüber hinaus kann der Medizinische Berater diese Höchstgrenze von 2.500,00 € in bestimmten Fällen je nach Schwere der medizinischen Situation, für „evidenzbasierte“ Behandlungen auf Grundlage der medizinischen Akte des Versicherungsnehmers aufheben. Falls sich die Eigenbeteiligung des Patienten auf 10.000,00 € oder mehr beläuft, so kann eine Erstattung von 5.000,00 € höchstens einmal pro Jahr ausgezahlt werden.

2. Bei Aufnahme im Einzelzimmer, Erstattung auf Basis der Patientenrechnung und der Honorarrechnung:

2.1. des berechneten Zimmerzuschlags bis zu höchstens 80,00 € pro Tag.

2.2. der Begleitkosten, für die Mutter oder den Vater, die ihr Kind (bis 19 Jahre) in dessen Krankenhauszimmer betreuen: bis zu 25,00 € pro Tag.

2.3. der Aufenthaltskosten des freiwilligen Organspenders, falls die Spende medizinisch notwendig ist, während des Krankenhausaufenthaltes des Empfängers.

2.4. der erstattbaren pharmazeutischen Produkte des Krankenhauses seitens der gesetzlichen Krankenversicherung.

2.5. für nicht erstattbare pharmazeutische Produkte seitens der gesetzlichen Krankenversicherung, begrenzt auf 1.200,00 € pro Aufenthalt. Darüber hinaus kann der Medizinische Berater diese Höchstgrenze in bestimmten Fällen je nach Schwere der medizinischen Situation, für „evidenzbasierte“ Behandlungen auf Grundlage der medizinischen Akte des Versicherungsnehmers aufheben. Falls sich die Eigenbeteiligung des Patienten auf 2.500,00 € oder mehr beläuft, so kann eine Erstattung von 2.400,00 € höchstens einmal pro Jahr ausgezahlt werden.

2.6. der Eigenanteile (Pauschale für Medikamente inbegriffen) - gesetzlich zu Lasten des Patienten - die in der Rubrik "Eigenanteil des Patienten" auf der Patientenrechnung und auf der Honorarrechnung aufgeführt sind.

2.7. der Honorarzuschläge in Höhe von maximal 100% des gesetzlich vorgesehenen Tarifs.

2.8. der Prothesen, Implantate, nicht implantierbaren medizinischen Vorrichtungen und diversen Lieferungen:

- Prothesen, Implantate und nicht implantierbare medizinische Vorrichtungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden, begrenzt auf 2.500,00 € pro Aufenthalt.

- Prothesen, Implantate und nicht implantierbare medizinische Vorrichtungen, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden bis zu 50% des auf der Rechnung berechneten Preises, begrenzt auf 1.250,00 € pro Aufenthalt, insofern der vom Krankenhaus berechnete Betrag identifizierbar ist als berechneter Preis einer Prothese, eines Implantates oder einer nicht implantierbaren medizinischen Vorrichtung. Darüber hinaus kann der Medizinische Berater diese Höchstgrenze in bestimmten Fällen je nach Schwere der medizinischen Situation, für „evidenzbasierte“ Behandlungen auf Grundlage der medizinischen Akte des Versicherungsnehmers aufheben. Falls sich die Eigenbeteiligung des Patienten auf 10.000,00 € oder mehr beläuft, so kann eine Erstattung von 2.500,00 € höchstens einmal pro Jahr ausgezahlt werden.

- andere Kosten für andere Lieferungen, die gesetzlich zu Lasten des Versicherten sind: begrenzt auf 100% des gesetzlich vorgesehenen Tarifs.

2.9. der diversen Kosten bis zu höchstens 6,00 € pro Aufenthaltstag, außer Kosten für Telefon, Fernsehen, Blumen und Getränke.

2.10. der Stütz- und/oder Kompressionsstrümpfe bis zu 50% des berechneten Preises.

2.11. Es wird eine Franchise von 150,00 € angewandt pro Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht im Einzelzimmer in einem Krankenhaus, das in der jährlich erstellten Liste der Krankenhäuser aufgeführt ist, die von der Anwendung dieser Franchise betroffen sind.

Diese Liste enthält Krankenhäuser, die sich das Recht herausnehmen, Honorarzuschläge von mehr als 200 % im Verhältnis zum gesetzlichen Erstattungstarif zu verlangen, und die keine Vereinbarung über eine Begrenzung auf 200 % mit MLOZ Insurance abgeschlossen haben. Der Betrag der Franchise von 150,00 € wird vom Gesamtbetrag der Erstattung abgezogen.

Es wird keine Franchise berechnet in denjenigen Krankenhäusern, die sich im Rahmen ihrer jährlichen Erklärung verpflichten, für das folgende Kalenderjahr keine Honorarzuschläge von mehr als 200 % zu berechnen.

Die Liste der Krankenhäuser, welche von der Anwendung der Franchise betroffen sind, wird zum 1. Januar festgelegt und wirksam.

Die neue Liste ist anwendbar für alle Versicherungsfälle, bei denen das Anfangsdatum des Aufenthaltes zusammenfällt mit dem Datum des Inkrafttretens der Liste oder die nach diesem Datum beginnen.

Die Liste 2024 der Krankenhäuser, die mehr als 200 % Honorarzuschläge berechnen, ist folgende:

- C.H. EPICURA (RHMS) - Ath, Hornu, Baudour
- C.H.U. AMBROISE PARE - Mons
- C.H.U. DE TIVOLI - La Louvière
- CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE - Charleroi (Gosseliers)
- CENTRE DE SANTE DES FAGNES - Chimay
- CLINIQUE CHC HERMALLE - Hermalle /s Argenteau
- CLINIQUE CHC HEUSY - Verviers (Heusy)
- CLINIQUE CHC MONT LEGIA - Lüttich
- CLINIQUE CHC WAREMME - Waremmes
- C.H.U. J. BORDET - Brüssel
- C.M.P. LA RAMEE - Brüssel
- CHIREC (Edith Cavell, Basilique, Parc Léopold, Ste-Anne/St-Remi, Braine l'Alleud-Waterloo und Delta) - Brüssel und Braine l'Alleud
- CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST-LUC - Brüssel
- HOPITAL BRUGMANN - Brüssel
- HOPITAUX D'IRIS SUD (Baron Lambert, Etterbeek-Ixelles, Bracops und Molière) - Brüssel
- UZ Gent - Gent
- ASZ Aalst - Aalst, Geraardsbergen, Wetteren
- IMELDA Ziekenhuis - Bonheiden

Die Liste kann eingesehen werden unter www.hopitauxfranchise.be.

3. Bei Hospitalisation (mit oder ohne Übernachtung) erstattet Hospitalia die Kosten zu Lasten des Patienten, für den dringenden Transport (nach Anruf des 100/112-Dienstes) zum Krankenhaus bis zu 500,00€ pro Kalenderjahr, nach Abzug jeglicher anderen Intervention. Sollte sich herausstellen, dass dieser Hospitalisierung und diesem dringenden Transport noch am selben Tag ein weiterer dringender Transport 100/112 zu einem anderen Krankenhaus, in dem der Versicherte nicht stationär behandelt wurde, vorausging, wird Hospitalia ebenfalls für diesen anderen dringenden Transport nach denselben Modalitäten intervenieren.

4. Erstattung der gesetzlichen Anzahlung an das Krankenhaus, frühestens zu Beginn des entsprechenden Krankenhausaufenthaltes, auf Vorlage des Zahlungsbelegs des Krankenhauses, unter der Bedingung, dass der Versicherungsnehmer Anrecht auf Erstattungen seitens MLOZ Insurance ohne begrenzte Kostenübernahme (im Falle eines bestehenden Leidens oder einer bereits bestehenden Krankheit oder eines bestehenden Zustandes) hat. Stellt sich im Nachhinein heraus, dass der Krankenhausaufenthalt nicht erstattet werden kann oder dass der Betrag der Anzahlung höher ist als die Erstattung von MLOZ Insurance oder dass der Versicherungsnehmer seine Rechnung nicht einreicht, werden die zu Unrecht gezahlten Beträge zurückgefordert.

Insofern der Versicherungsnehmer den zu viel erhaltenen Betrag nicht zurückerstattet, wird diesem automatisch ein Pauschalbetrag in Höhe von 15,00 € zur Deckung der Mahngebühren in Rechnung gestellt.

Begrenzung bei Krankenhausaufenthalt in den Diensten 61 bis 66 (Spezialitäten)

MLOZ Insurance interveniert in den Kosten gemäß den o.g. Bedingungen, jedoch pro Aufenthalt höchstens für die ersten 50 Tage im Falle eines Aufenthaltes in einem Dienst Sp, selbst im Falle eines Wechsels zwischen diesen Diensten.

Bei einer erneuten Hospitalisierung in einem Dienst Sp interveniert MLOZ Insurance nur, wenn zwischen dem ersten und dem zweiten Aufenthalt mindestens 6 Kalendertage seit Ende des vorherigen Aufenthaltes verstrichen sind.

Wenn diese Frist nicht abgelaufen ist, interveniert MLOZ Insurance dennoch für den Rest der 50 Tage, die beim vorherigen Aufenthalt nicht erstattet wurden.

Begrenzung bei Krankenhausaufenthalt in den Diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 und 48

Die Erstattung in den Diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 und 48 ist auf 20 Tage pro Jahr begrenzt.

11.2. Erstattung bei Tagesaufenthalt in Belgien

Die Erstattung ist die gleiche wie für Krankenhausaufenthalte (Punkt 11.1) ohne Franchise.

11.3. Entbindung zu Hause in Belgien

Im Falle einer Entbindung zu Hause erstattet MLOZ Insurance einen einmaligen Pauschalbetrag in Höhe von 300,00 € zur Deckung der Kosten, die in Verbindung mit der Entbindung stehen. In diesem Betrag ist die Pflege vor und nach der Entbindung (30 Tage vor und 90 Tage nach der Entbindung) einbegriffen.

11.4. Erstattung bei Krankenhausaufenthalt im Ausland

Bei Krankenhausaufenthalt im Ausland beträgt die Erstattung für die realen Kosten höchstens 200,00 € pro Tag und dies zusätzlich zu einer eventuellen Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung laut dem belgischen Tarif oder demjenigen des Landes, in dem der Krankenhaus-

aufenthalt stattgefunden hat. Die Erstattung ist für manche Abteilungen auf eine bestimmte Anzahl Tage pro Krankenhausaufenthalt oder pro Kalenderjahr begrenzt, so wie es für einen Krankenhausaufenthalt in Belgien vorgesehen ist. Studenten, die sich im Rahmen ihres Studiums im Ausland aufhalten, sind ebenfalls abgesichert. Für Tagesaufenthalte (One-day-Clinic) im Ausland ist keine Erstattung vorgesehen. Im Falle eines bestehenden Leidens oder einer bereits bestehenden Krankheit oder eines bestehenden Zustandes ist die Kostenübernahme ausschließlich bei Aufenthalt im Einzelzimmer begrenzt: Ausschluss der Erstattung der Zimmer- und Honorarzuschläge.

11.5. Erstattung der Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt

Die Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt muss in Belgien erteilt werden und in direktem Zusammenhang mit dem darauffolgenden Krankenhausaufenthalt in Belgien stehen, der gemäß den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen abgedeckt ist. Zudem muss MLOZ Insurance für die betreffenden Aufenthaltskosten interveniert haben. Diese Leistungen müssen anhand einer Pflegebescheinigung belegt werden.

Hospitalia erstattet:

- 100% des Eigenanteils der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattbaren pharmazeutischen Produkte und magistralen Zubereitungen, insofern diese von einem Arzt verschrieben wurden und während 30 Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt ausgehändigt wurden und in direktem Zusammenhang mit dem Aufenthalt stehen.
- die Eigenanteile und die Honorarzuschläge (bis zu 100% des gesetzlich vorgesehenen Tarifs) für die Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt.

Unter Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt versteht man die Konsultationen und die Besuche sowie die Fernkonsultationen bei/von Allgemeinmedizinern und Fachärzten, die Honorare für die dringende Behandlung in einer für spezialisierte Notfallversorgung anerkannten Einrichtung, die technisch-medizinischen Eingriffe, die medizinischen Bildverfahren, die Radio- und Radiumtherapie, die Nuklearmedizin, die Innere Medizin, die Dermato-Venerologie, die Klinische Biologie, Zuschläge für Notdienste, die Anatomico-Pathologie, die Pflege durch Hebammen, die Kinesiotherapie, die Krankenpflege mit den folgenden Kodenummern 421072 – 421094 – 423054 – 423076 – 423091 – 423113 – 423253 – 423275 – 423290 – 423312 – 424491 – 424513 – 424535 – 425014 – 425036 – 425051 – 425176 – 425191 – 425213 – 425375 – 425412 – 425434 – 425456 – 425596 – 425611 – 425773 – 427416 – 427431 – 427475 – 427534, die Radio-Isotope, psychologische Sitzungen, die in der Vereinbarung zwischen dem LIKIV und dem Netzwerk für die psychische Gesundheit von Erwachsenen zur Schaffung eines Angebots an psychologischer Erstversorgung enthalten sind sowie die Fernkonsultation durch einen Psychiater/Neuropsychiater im Zusammenhang mit vorübergehenden Leistungen im Rahmen des COVID-19-Virus, wenn diese innerhalb von 30 Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt ambulant durchgeführt wurden.

Die Kodenummern für psychologische Sitzungen, Fernkonsultationen durch einen Psychiater/Neuropsychiater, Psychotherapien und Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nur innerhalb von 30 Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt in einem der folgenden Dienste erstattet: 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 und 48.

Falls sich die Periode von 30 Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt mit einer Periode von Pflege nach einem früheren Krankenhausaufenthalt überschneidet, hat der Versicherte Anrecht auf die vorteilhafteste Erstattung.

Ausschluss: Die Erstattung der Pflege vor dem Krankenhausaufenthalt ist ausgeschlossen vor einem Aufenthalt in dem Dienst 30 (Geriatric) und den Diensten 61 bis 66 (Spezialitäten) mit Ausnahme der ambulanten Pflege in den Diensten der Notaufnahme.

Eine Erstattung für die Pflege vor einem Krankenhausaufenthalt in den Diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 und 48 erfolgt nur für die Leistungen, die unter den Begriffen „Psychologische Sitzung, Fernkonsultationen und Psychiatrie“ fallen.

11.6. Erstattung der Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt

11.6.1. Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt

Die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt muss in Belgien erteilt werden und in direktem Zusammenhang mit einem vorhergehenden Krankenhausaufenthalt in Belgien stehen, der gemäß den vorliegenden Allgemeinen Bedingungen abgedeckt ist. Zudem muss MLOZ Insurance für die betreffenden Aufenthaltskosten interveniert haben. Diese Leistungen müssen anhand einer Pflegebescheinigung belegt werden.

Hospitalia erstattet:

- 100% des Eigenanteils der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattbaren pharmazeutischen Produkte und magistralen Zubereitungen, insofern diese von einem Arzt verschrieben wurden und innerhalb von 90 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt ausgehändigt wurden.

- die Eigenanteile und Honorarzuschläge (bis zu 100% des gesetzlich vorgesehenen Tarifs) für die Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt. Unter Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt versteht man die Konsultationen und Arztbesuche sowie die Fernkonsultationen bei/von Allgemeinmedizinern und Fachärzten, die technisch-medizinischen Eingriffe, die medizinischen Bildverfahren, die Radio- und Radiumtherapie, die Nuklearmedizin, die Innere Medizin, die Dermato-Venerologie, die Physiotherapie, die Klinische Biologie, der Zuschlag für Notdienste, die Anatomico-Pathologie, die Pflege durch Hebammen, die Kinesiotherapie, die Krankenpflege, die Logopädie, die Radio-Isotope, Herztraining, die Muskel-Skelett-Rehabilitation für die Kodenummern 776156 – 776171 – 773791 – 773776 – 773872 – 773754 – 773673 – 773813 – 773614 – 773732, psychologische Sitzungen, die in der Vereinbarung zwischen dem LIKIV und dem Netzwerk für die psychische Gesundheit von Erwachsenen zur Schaffung eines Angebots an psychologischer Erstversorgung enthalten sind sowie die Fernkonsultation durch einen Psychiater/Neuropsychiater im Zusammenhang mit vorübergehenden Leistungen im Rahmen des COVID-19-Virus, die Anbringung eines Baha-Prozessors gemäß der Definition der Nomenklatur, die ambulant während einer Periode von 90 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt durchgeführt werden. Die Anzahl der Leistungen der Kinesiotherapie, der Physiotherapie und des Herztrainings ist auf 20 für die Gesamtheit dieser Leistungsarten begrenzt. Die Leistungen müssen innerhalb von 90 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt stattgefunden haben. Die Erstattung des Baha-Prozessors ist an die Bedingung geknüpft, dass eine erste Baha-Elektrode während eines Krankenhausaufenthaltes oder eines Tagesaufenthaltes eingesetzt und durch MLOZ Insurance erstattet wurde.

Die Kodenummern für psychologische Sitzungen, Fernkonsultationen durch einen Psychiater/Neuropsychiater, Psychotherapien und Kinder- und Jugendpsychiatrie werden nur innerhalb von 90 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt in einem der folgenden Dienste erstattet: 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 und 48.

Die Erstattung umfasst auch Schienen, bis zu 50,00 € pro Aufenthalt, wenn diese von einem Arzt verschrieben und innerhalb von 90 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt geliefert werden, insofern sie in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen.

Ausschluss: Diese Erstattung wird nicht nach einem Krankenhausaufenthalt in den Diensten 61 bis 66 (Spezialitäten) vorgenommen.

Eine Erstattung für die Pflege vor einem Krankenhausaufenthalt in den Diensten 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43 und 48 erfolgt nur für die Leistungen, die unter den Begriffen „Psychologische Sitzung, Fernkonsultationen und Psychiatrie“ fallen.

11.6.2. Pflegeaufenthalte nach einem Krankenhausaufenthalt

Für zeitweilige Aufenthalte in einem Pflege- oder Rehabilitationsinstitut wird eine Tagespauschale in Höhe von 7,50 € erstattet.

Die Erstattung wird nur gezahlt, insofern der Aufenthalt innerhalb von 14 Tagen nach dem Verlassen des Krankenhauses begonnen hat. Sie ist auf 15 Tage pro Kalenderjahr begrenzt.

12. UNTERSTÜTZUNG IN BELGIEN

MLOZ Insurance bietet die folgenden Begleitdienste an und übernimmt die Kosten für die Versicherungsnehmer von Hospitalia, die Anspruch haben auf die Intervention von MLOZ Insurance im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes oder eines Tagesaufenthaltes in Belgien und die ihre Wartezeit beendet haben.

12.1. Krankenwache nach einem Tagesaufenthalt

MLOZ Insurance organisiert innerhalb von 24 Stunden, und übernimmt die Kosten für eine Krankenwache zu Gunsten des alleinstehenden hospitalisierten Versicherungsnehmers im Krankenhaus während der Nacht, die dem Tagesaufenthalt während 12 Stunden folgt, zwischen 19 Uhr und 8 Uhr.

Um diesen Dienst in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherungsnehmer:

- dem Betreuer ein ärztliches Attest des behandelnden Arztes des Tagesaufenthaltes liefern, der beweist, dass ein Tagesaufenthalt stattgefunden hat, und dass eine Aufsicht, die keine Krankenpflege erfordert, erforderlich ist;
- über ein Telefon verfügen.

12.2. Kinderbetreuung zu Hause

MLOZ Insurance organisiert innerhalb von 24 Stunden, und übernimmt die Betreuungskosten für Kinder des Versicherungsnehmers im Alter zwischen 3 Monaten und 14 Jahren, in den folgenden Situationen:

Falls der Versicherungsnehmer mehr als zwei Tage hospitalisiert ist, infolge eines Unfalles oder einer plötzlichen und unvorhergesehenen Krankheit, interveniert MLOZ Insurance für die Kosten für die Betreuung, falls keine andere Person sich um die Kinder kümmern kann.

Die Betreuung wird während höchstens 5 Werktagen von Montag bis

Samstag zwischen 8 Uhr und 19 Uhr gewährt bis zu höchstens 10 Stunden pro Tag, während der Ehepartner seiner Erwerbstätigkeit nachgeht.

1) Im Falle einer Entbindung, die durch MLOZ Insurance zurückgezahlt wird, interveniert MLOZ Insurance für die Betreuung der Kinder während höchstens 3 Werktagen, während der Aufenthaltsdauer der Mutter oder direkt nach einem kurzen Aufenthalt (höchstens 2 Nächte) der Mutter, im Krankenhaus von Montag bis Samstag zwischen 8 Uhr und 19 Uhr bis zu höchstens 10 Stunden pro Tag, während der Vater seiner Erwerbstätigkeit nachgeht.

2) Im Falle einer Hausgeburt, die durch MLOZ Insurance zurückgezahlt wird, interveniert MLOZ Insurance unter denselben Bedingungen während höchstens 3 Werktagen, die nach der Hausgeburt stattfinden und am Tag der Entbindung.

Die Aufsicht sorgt für eine aufmerksame Anwesenheit bei höchstens 3 Kindern und führt die Aufgaben durch, die normalerweise von der Mutter oder dem Familienvater ausgeübt werden, ausgenommen hiervon sind Haushaltsarbeiten und der Transport zwischen Schule und Wohnsitz.

Diese Dienste werden bei telefonischer Benachrichtigung der Unterstützungszentrale von MLOZ Insurance angeboten, erreichbar 24 Stunden auf 24 unter 02 560 47 88.

13. BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME

13.1. Jährliche Höchstgrenze Hospitalia

Der Höchstbetrag der Erstattung von MLOZ Insurance ist auf 25.000,00 € pro Versicherten und pro Kalenderjahr, während dem die Leistungen durchgeführt wurden, begrenzt.

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

Der Medizinische Berater von MLOZ Insurance kann dem Versicherungsnehmer auf Basis des medizinischen Fragebogens bei seiner Einschreibung mitteilen, dass die Kostenübernahme für Krankenhausaufenthalte und Tagesaufenthalte, die in direkter Verbindung mit einem bestehenden Leiden oder einer bereits bestehenden Krankheit oder einem bestehenden Zustand (wie beispielsweise die Schwangerschaft) stehen, begrenzt ist; dies bedeutet ggf. einen Ausschluss der Erstattung der Zimmerzuschläge und Honorarzuschläge im Einzelzimmer. Diese Begrenzung gilt nicht für Aufenthalte im Zweibett- oder im Gemeinschaftszimmer.

Während der ersten 24 Monate der Mitgliedschaft kann der Medizinische Berater entscheiden, diese Begrenzung (Ausschluss der Kostenübernahme der Zimmer- und Honorarzuschläge im Einzelzimmer), wegen Unterlassung oder wegen unbeabsichtigter Ungenauigkeit in Bezug auf den Gesundheitszustand im medizinischen Fragebogen, anzuwenden.

Eine vom Medizinischen Berater beschlossene Begrenzung ist auf eine minimale Dauer von 5 Jahren festgelegt. Nach Ablauf dieser Periode kann der Versicherungsnehmer auf eigenen Wunsch eine Neubewertung seiner Situation auf Grund einer neuen medizinischen Akte beantragen.

Der Begriff „Zustand“, der mit einer Schwangerschaft in Verbindung steht, wird wie folgt angewandt:

- für Entbindungen, die während der ersten 6 Monate der Mitgliedschaft stattfinden, ist keine Erstattung vorgesehen. Insofern die Versicherte zum Zeitpunkt der Entbindung vollständig von der Wartezeit befreit ist, werden die Kosten des Krankenhausaufenthaltes übernommen, mit Ausnahme der berechneten Zimmer- und Honorarzuschläge bei Aufenthalt im Einzelzimmer;
- für Entbindungen, die während des 7., 8. und 9. Monats der Mitgliedschaft in der Krankenhausversicherung stattfinden, werden die Kosten des Krankenhausaufenthaltes übernommen, mit Ausnahme der berechneten Zimmer- und Honorarzuschläge bei Aufenthalt im Einzelzimmer..

Der Begriff „Zustand“ in Verbindung mit einer Schwangerschaft wird nicht angewandt:

- bei Entbindungen, die ab dem 10. Monat der Mitgliedschaft stattfinden;
- insofern die Versicherte vor Eintragung in Hospitalia bei einer anderen Krankenkasse einer gleichwertigen oder einer höheren Deckung angeschlossen war. In diesem Fall beginnen die o.g. 9 Monate ab Anschluss an die gleichwertige oder höhere Deckung.

13.3. Nicht gedeckte Leistungen

MLOZ Insurance interveniert nicht:

- für Toiletten- und Kosmetikprodukte, Nahrungsmittel, Weine, Mineralwasser, Ausgaben für Komfort (z.B. Telefon, Fernseher, Blumen, Kühlschrank, ...), außer bei Hospitalisierung im Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer in Belgien und bei Tagesaufenthalt. Telefongespräche infolge kostenpflichtiger Telefonnummern bleiben immer ausgeschlossen. Kosten für Telefon, Fernsehen, Blumen, Kühlschrank und

Getränke, berechnet im Rahmen einer Hospitalisierung von mindestens einer Nacht, werden jedoch nie durch Hospitalia erstattet.

- für medizinische, pharmazeutische und im Krankenhaus erhaltene Leistungen, die ästhetischer Art sind oder mit refraktiver Chirurgie zusammenhängen und/oder medizinisch nicht notwendig sind und für Kosten, die der Mehrwertsteuer unterliegen.
- für Zahnprothesen und -implantate und alle damit verbundenen Leistungen.
- für Leistungen der Art „Verjüngungskuren“.
- für Leistungen zu Gunsten eines Versicherten, welcher den Besuch eines Arztes, einer Pflegerin oder eines Sozialarbeiters, der durch MLOZ Insurance bezeichneten wurde, verweigert.
- für Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen und Arzneimitteln und/oder solche, die nicht „evidenzbasiert“ sind, die keine wissenschaftliche Grundlage haben.
- für Kosten deren Berechnung illegal ist oder deren Rechnungsstellung nicht vom belgischen Gesetz erlaubt ist.
- für Kosten medizinischer Behandlungen, die mit Absicht im Ausland durchgeführt werden und die nicht vom Vertrauensarzt der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigt wurden.

14. ZUSAMMENTREFFEN MEHRERER VERSICHERUNGEN

14.1. 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;
- die Zusätzlichen Dienste der Krankenkasse;
- den Dienst "Dringende Pflege im Ausland" der Krankenkasse.

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

Damit MLOZ Insurance die Erstattungen vornehmen kann, ist es erforderlich, dass während des Krankenhausaufenthaltes mindestens eine der medizinischen Leistungen in Anspruch genommen wird, welche in der Liste der von Hospitalia festgelegten erstattungsfähigen Leistungen aufgeführt ist und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird.

Von dieser letzten Bedingung wird abgesehen, wenn der Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grund nicht berechtigt ist, eine oder mehrere der obengenannten Erstattungen in Anspruch zu nehmen.

In diesem Fall interveniert MLOZ Insurance in gleicher Höhe wie für einen Versicherten, der Anspruch auf diese Erstattung hat.

14.2. 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 vorauslagten Kosten des Versicherungsnehmers 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.

15. ANRECHT AUF LEISTUNGEN

15.1. 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.

15.2. 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.

15.3. 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 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 auch das Original der Patientenrechnung gehört. Als Beleg gilt das Original der Patientenrechnung und eventuell der Honorarrechnung oder die vom Krankenhaus oder von der versicherten Person gescannte Rechnung oder die auf einem dauerhaften Datenträger ausgestellte Rechnung.

Um die Erstattungen hinsichtlich der Pflege vor und nach dem Krankenhausaufenthalt und der Garantie schwere Krankheiten erhalten zu können, muss der Versicherungsnehmer alle Originalrechnungen oder deren Kopien und die Erstattungsabrechnung der Pflegebescheinigungen der Krankenkasse oder eine Kopie dieser Unterlagen einreichen.

Die Erstattung pharmazeutischen Kosten erfolgt auf Vorlage der „Bescheinigung der erstattbaren pharmazeutischen Leistungen im Rahmen einer zusätzlichen Versicherung“ des Apothekers oder auf Vorlage einer (ambulanten) Rechnung des Krankenhauses.

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.

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.

16. 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.