

# Allgemeine Bedingungen Medicalia

zum 1. Januar 2023

Allgemeine Bedingungen Medicalia der Versicherungsgesellschaft MLOZ Insurance,  
verabschiedet durch den Verwaltungsrat vom 21. September 2022  
und durch die außerordentliche Generalversammlung vom 21. Oktober 2022.

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 - 09/11/2022



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

**1.4. Leistungen der Gesundheitspflege:** Erstattungstarif enthaltene Leistungen (K.E. vom 14. September 1984 und nachträgliche Änderungen).

**1.5. 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.

**1.6. 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.

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

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

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

## 2. AUFNAHME

**2.1.** Jede Person kann sich der Deckung Medicalia anschließen und angeschlossen bleiben, unter der Bedingung, dass sie für die gesetzliche Krankenversicherung und die „Zusätzlichen Dienste“ bei einer der 3 genannten Sektionen angeschlossen ist, außer in den satzungsgemäßen Ausnahmefällen (diesbezügliche Auskünfte können Sie erhalten bei den Sektionen: Partenamut, Freie Krankenkasse, Helan Onafhankelijk ziekenfonds).

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, alle Personen einzutragen, die zu seinen Lasten sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, es sei denn, der Ehepartner oder Mitbewohner oder die Kinder sind bereits einer ähnlichen Versicherung des Typs „reelle Kosten“ angeschlossen. Bei Kündigung oder Streichung eines Mitglieds gilt diese implizit für alle mit eingetragenen Personen. Es gibt keine Altersbegrenzung für die Aufnahme in Medicalia. Ab dem 1. Juli 2022 werden keine neuen Mitglieder in die Versicherung für ambulante Pflege Medicalia aufgenommen.

**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 (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, die Allgemeinen Bedingungen und die Nachträge.

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

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

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

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

### 3.2. Ende des Versicherungsvertrages

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

- Kündigung durch den Versicherungsnehmer, gemäß den im Gesetz vom 4. April 2014 vorgesehenen Modalitäten. Die Kündigung wird mittels einer Kündigungsfrist von mindestens einem Monat wirksam, beginnend am 1. Tag des Monats nach Versand des Einschreibebriefes oder des qualifizierten elektronischen Einschreibens, oder nach Abgabe durch den Gerichtsvollzieher oder nach Abgabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung, sei es MLOZ Insurance direkt zugestellt oder über eine ihrer oben genannten Sektionen;
- Betrug oder Betrugsversuch;

- 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;
- 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 Medialia wird erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten eröffnet. Diese beginnt am 1. Tag der Mitgliedschaft.

Eine Wartezeit von 12 Monaten ist vorgesehen für die Geburtszuschale.

Medialia erstattet keine ambulanten Leistungen, die während der Wartezeit begonnen haben.

#### 4.1.2. Besondere Bedingungen

Befreiung von der Wartezeit für ein Neugeborenes oder ein Adoptivkind  
Wenn das Einschreibdatum 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 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

Medialia interveniert 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 Einschreibdatum stattgefunden hat.

Die Erstattung wird erst nach einem günstigen Gutachten des Medizinischen Beraters von MLOZ Insurance vorgenommen.

- Abänderung der Wartezeit für gleichwertige Versicherungen für ambulante Pflege

Es kann von einer 6- bzw. 12-monatigen Wartezeit für neue Versicherungsnehmer abgewichen werden, die belegen können, dass sie bis zum Datum des Beginns der Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance einer gleichwertigen Versicherung für ambulante Pflege angeschlossen waren.

### 4.2. Von der Garantie ausgeschlossene Leistungen

Folgende 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 01/01/2023, je nach Alter.

Eingetragen in Medialia	
0 bis 6 Jahre	Kostenlos
7 bis 17 Jahre	16,18
18 bis 29 Jahre	18,05
30 bis 44 Jahre	18,66
45 bis 59 Jahre	28,64
60 Jahre und älter	48,59

## 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 Einschreibbrief 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 Einschreibbriefes 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

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 von Medicalia anwendet. Diese Kriterien hängen von der Art des Produktes ab.

Folgende Kriterien könnten berücksichtigt werden:

### 9.1. Bei Vertragsabschluss:

9.1.1. Das Alter des Versicherten, da auf Grundlage von statistischen Angaben die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung sowie die Höhe der Erstattungen mit zunehmendem Alter ansteigt. Das Alter wird daher bei der Festlegung der Prämienhöhe sowie bei der Aufnahme in Medicalia berücksichtigt.

Der Anschluss kann je nach gewähltem Produkt eingeschränkt sein. Es gibt keine Altersbegrenzung für die Aufnahme in Medicalia.

9.1.2. 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 kommerzielle Versicherung), 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 sowie die Höhe der Auszahlungen mit zunehmendem Alter ansteigen. Die Höhe der Prämie steigt daher mit dem Alter der versicherten Person.

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

Die Prämie, die Tarifbedingungen und die Bedingungen des Leistungsschutzes werden definiert unter Berücksichtigung der Parameter, enthalten im technischen Plan, welchen der Versicherer auf Grundlage versicherungsmathematischer und technischer Versicherungskriterien erstellt.

Unbeschadet der rechtlichen Möglichkeiten der Prämienanpassungen und mit Ausnahme der Anpassung an den Verbraucherpreisindex oder den medizinischen Index, der im Rahmen der Garantie „ambulante Pflege“ 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 MEDICALIA

Erstattungen für ambulante Pflege, die in Belgien verordnet und durchgeführt wurde. Der Kauf von Geräten kann in den Ländern der Europäischen Union getätigt werden.

### 11.1. Alternative Therapien

Behandlungen durch Logopäden, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Psychologen, Osteopathen Chiropraktiker, Homöopathen, Akupunkteure und Orthopädagoginnen, sofern diese von dem LIKIV anerkannt oder in den von MLOZ Insurance veröffentlichten und verwendeten Listen aufgenommen sind (<https://www.mloz.be/fr/prestataires-reconnus>). Im Rahmen der Deckung Medicalia erstattet MLOZ Insurance 75 % des Betrages zu Lasten des Versicherten (nach Abzug der gesetzlichen Krankenversicherung und/oder der Erstattung der „Zusätzlichen Dienste“).

#### Einzureichende Belege

Damit der Versicherte die Erstattung erhalten kann, muss er ein Dokument „Antrag auf Rückerstattung Medicalia“ ausfüllen und unterzeichnen und MLOZ Insurance die Originalrechnung der Behandlung zur Verfügung stellen. Die Erstattung erfolgt auf Basis der Originalrechnung.

### 11.2. Gesetzliche Eigenanteile

- Konsultationen, Besuche, Beratungen und technische Leistungen vom Hausarzt oder Facharzt: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 2.
- Technisch-medizinische Leistungen: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 3.
- Kinesitherapie: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 7.
- Krankenpflege: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 8.
- Pflege durch Hebammen: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 9.
- Spezielle Leistungen: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 11.
- Medizinische Bildverfahren: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 17, 17bis, 17ter, 17quater.
- Radio- und Radiumtherapie, Nuklearmedizin: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 18.
- Innere Medizin: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 20.

- Dermato- und Venerologie: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 21.
- Physiotherapie: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 22.
- Zuschläge für Notdienste: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 26.
- Bandagen: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 27.
- Orthopädie: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 29.
- Logopädie: Leistungen der Nomenklatur: Artikel 36.
- Psychologie: Leistungen der Nomenklatur: Rundschreiben PV Nr. 2019/59.

Falls die gesetzliche Krankenversicherung interveniert, sieht MLOZ Insurance eine zusätzliche Erstattung vor. Die Berechnung erfolgt ausschließlich auf Basis von medizinischen Kodenummern und der offiziellen Nomenklatur, die die Leistungserbringer auf die für den Patienten bestimmten Behandlungsbescheinigungen vermerken müssen. Im Rahmen der Deckung Medicalia erstattet MLOZ Insurance 75 % der gesetzlichen Eigenanteile (nach Abzug der Erstattung der „Zusätzlichen Dienste“).

#### Einzureichende Belege

Für die Versicherten, die in ein und derselben Sektion sowohl der gesetzlichen Krankenversicherung als auch MLOZ Insurance angeschlossen sind, erfolgt die Erstattung seitens Medicalia auf Vorlage der Behandlungsbescheinigung, gleichzeitig mit der Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die anderen Versicherten wird die Erstattung auf Basis einer Kopie der ausgestellten Behandlungsbescheinigung und des beigefügten Original-Rückzahlungsnachweises der Kranken- und Invalidenversicherung.

## 11.3. Material

### 11.3.1. Augenpflege

Beinhaltet korrigierende Brillengläser, Kontaktlinsen, Laserbehandlungen und Keratotomie, die von einem anerkannten Augenarzt verordnet werden und innerhalb von 12 Monaten nach der Verschreibung in Rechnung gestellt oder geliefert, bzw. ausgeführt werden. Es ist weder eine Erstattung für das Gestell der korrigierenden Brille noch für das Gestell und die Gläser einer Sonnenbrille (mit oder ohne Korrektur) vorgesehen.

### 11.3.2. Hörgeräte

Eine Erstattung erfolgt auf Verordnung eines anerkannten Hals-, Nasen-, Ohrenarztes, und wenn das Gerät innerhalb von 12 Monaten nach der Verschreibung durch einen anerkannten Audiologen in Rechnung gestellt und geliefert wird.

- Hörgeräte, ausgenommen Cochlea-Implantate und Hörgeräte mit Knochenleitung (Implantat und (externer) Soundprozessor).

Batterien oder anderes Zubehör für Hörgeräte werden nicht zurückerstattet. MLOZ Insurance erstattet im Rahmen von Medicalia und sofern die Voraussetzungen erfüllt sind, 75 % des Rechnungsbetrags, der zu Lasten des Versicherten bleibt (nach Abzug der gesetzlichen Krankenversicherung und/oder der Erstattung der „Zusätzlichen Dienste“) für Brillengläser, Kontaktlinsen, Augenlaserbehandlungen und Keratotomie oder Hörgeräte.

#### Einzureichende Belege

Unabhängig davon, ob es eine gesetzliche Erstattung gibt oder nicht, sieht MLOZ Insurance eine (zusätzliche) Erstattung vor, auf Basis des vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formulars „Antrag auf Rückerstattung Medicalia“. Dem Formular wird beigefügt:

- entweder die Verordnung des anerkannten Augenarztes oder Hals-, Nasen-, Ohrenarztes, zusammen mit der detaillierten Originalrechnung eines anerkannten Optikers oder Hörgeräteakustikers.
- oder die standardisierten Dokumente, die für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehen sind, zusammen mit der detaillierten Originalrechnung eines anerkannten Optikers oder Hörgeräteakustikers.

Die Berechnung der Erstattung erfolgt auf Basis der eingereichten Belege.

### 11.4. Geburtspauschale

MLOZ Insurance sieht eine Geburtspauschale vor, sofern das Neugeborene bei seiner Geburt bei Medicalia versichert wird. Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der Geburtsurkunde, ausgestellt von den zuständigen Behörden. Dieser Pauschalbetrag in Höhe von 250,00 € wird einmalig an das Kind ausgezahlt.

### 11.5. Kumulierung von Erstattungen

Die von Medicalia vorgesehenen Erstattungen können kumuliert werden mit den Erstattungen von Hospitalia und Hospitalia Plus im Rahmen der Pflege vor und/oder nach dem Krankenhausaufenthalt und der „Garantie für schwere Krankheiten“. Die Rückerstattung darf keinesfalls den Betrag der gedeckten Garantie und erst recht nicht den Betrag, der dem Versicherungsnehmer in Rechnung gestellt wurde, übersteigen.

## 12. BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME

### 12.1. Jährliche Höchstgrenzen

Die Erstattung für Leistungen ist auf 1.500,00 € pro versicherte Person und pro Anschlussjahr begrenzt.

Für Erstattungen im Rahmen von alternativen Therapien ist eine Höchstgrenze von 600,00 € pro versicherte Person und pro Anschlussjahr vorgesehen. Die Höchstgrenze für Interventionen, die für Material erfolgen, beträgt ebenfalls 600,00 € pro versicherte Person und pro Anschlussjahr.

### 12.2. Nicht gedeckte Leistungen

Medicalia interveniert nicht:

- für Kosten, deren Berechnung illegal ist oder deren Rechnungsstellung nicht vom belgischen Gesetz erlaubt ist.
- für Medikamente.

- für Behandlungen durch Logopäden, Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Psychologen, Osteopathen, Chiropraktiker, Homöopathen, Akupunkteure und Orthopädagogen, sofern diese nicht von dem LIKIV anerkannt oder nicht in den von MLOZ Insurance veröffentlichten und verwendeten Listen aufgenommen sind.
- für medizinische, pharmazeutische und im Krankenhaus erhaltene Leistungen, die ästhetischer Art sind und/oder medizinisch nicht notwendig sind.
- für Zahnpflege (Zahnprothesen und –implantate, einschließlich aller damit verbundenen Leistungen).
- für Leistungen der Art „Verjüngungskuren“.

### 13. ZUSAMMENTREFFEN MEHRERER VERSICHERUNGEN

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

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

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

**13.2.** Falls die Beträge, die durch eine andere Gesetzgebung, das Gemeinrecht oder einen Versicherungsvertrag gezahlt werden, niedriger sind als die gezahlten Leistungen von MLOZ Insurance, so hat der Nutznießer Anrecht auf die Differenz zu Lasten von MLOZ Insurance. Diese Auskünfte müssen auf dem „Antrag auf Rückerstattung“ vermerkt sein.

Die Erstattung von MLOZ Insurance darf keinesfalls den Betrag der vorausgelagten 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.

### 14. ERSTATTUNGEN

#### 14.1. Verjährung

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

#### 14.2. Zahlung der Vorteile

Damit der Versicherungsnehmer die von Medicalia vorgesehenen Vorteile erhalten kann, muss der Versicherungsnehmer mit den Prämien in Ordnung sein und die erforderlichen Belege vorlegen, wie sie in „Erstattungen von Medicalia“ beschrieben wurden. Um eine Erstattung zu erhalten, muss sich der Versicherungsnehmer an einen anerkannten Leistungserbringer wenden.

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.

### 15. DATENVERARBEITUNG

Die personenbezogenen Daten des Versicherungsnehmers und seiner Versicherten werden von MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und von den Freien Krankenkassen als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung der Versicherungsverträge, welche der Versicherungsnehmer unterzeichnet hat, und in Übereinstimmung mit der Datenschutzgrundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 verarbeitet.

Medizinische Daten werden unter Aufsicht und Verantwortung des Medizinischen Beraters von MLOZ Insurance erfasst und verarbeitet. Der Versicherungsnehmer kann die Datenschutzbestimmungen von MLOZ Insurance einsehen über den Link [www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance](http://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](http://www.mloz.be).