Krankenhausversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

MLOZ Insurance, Route de Lennik 788A, 1070 Brüssel - Belgien
Versicherungsgesellschaft des Landesbundes der Freien Krankenkassen, anerkannt unter der Nr. AfK 750/01 für die Zweige 2 und 18, Unternehmensnummer: 422.189.629.

Hospitalia Kontinuität

Alle vertraglichen und vorvertraglichen Informationen sind enthalten in den Allgemeinen Bedingungen, den Nachträgen, im Antrag auf Mitgliedschaft und dem Bestätigungsschreiben, das dem Versicherten bei der Annahme der Mitgliedschaft zugestellt wird.
Dieses Produkt unterliegt der belgischen Gesetzgebung.
Für weitere Informationen bezüglich eines Anschlusses an diese Versicherung wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Versicherung Hospitalia Kontinuität ist eine optionale Versicherung, die eine zusätzliche Deckung neben der Gruppen-Krankenhausversicherung des Arbeitgebers bietet: die Krankenhauskosten sowie die Kosten vor und nach einem Krankenhausaufenthalt, die nicht von der Gruppenversicherung gedeckt werden, werden bis zu 50 € pro Tag des Krankenhausaufenthaltes zusätzlich zur Gruppenversicherung erstattet. Sobald die Gruppenversicherung endet, kann der Versicherte von der Mitgliedschaft in Hospitalia Kontinuität zu Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus wechseln, ohne Wartezeit, ohne medizinischen Fragebogen und ohne erhöhte Prämien.

Was ist versichert?

✔ Erstattung bis zu 50 € pro Tag der Krankenhauskosten, die nicht durch die Gruppenversicherung gedeckt sind, nach einer sechsmonatigen Wartezeit:
- für Krankenhausaufenthalte von mindestens einer Nacht oder Tagesaufenthalte in Belgien
- für Krankenhausaufenthalte von mindestens einer Nacht im Ausland

insofern die Krankenhausversicherung des Arbeitgebers interveniert ist.

Was ist nicht versichert?

✘ Die Krankenhausrechnungen, bei denen die Gruppenversicherung nicht interveniert ist.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

! Eine Krankheit, ein Leiden oder ein Zustand, der zum Zeitpunkt der Eintragung in Hospitalia Kontinuität bestand, hat nur Auswirkungen bei einem anschließenden Wechsel zu Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus. In diesem Fall ist die Deckung bei einem Krankenhausaufenthalt im Einzelzimmer begrenzt (Ausschluss von Zimmer- und Honorarzuschlägen).

Wo bin ich versichert?

✔ Diese Deckung gilt weltweit.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Vertragsabschluss: Der Versicherungsnehmer muss einen Antrag auf Mitgliedschaft und einen medizinischen Fragebogen ausfüllen. Er hat den Versicherer über alle Faktoren zu informieren, die die Übernahme des Risikos beeinflussen können. Die Prämien müssen ebenfalls gezahlt werden.
- Während des Vertrages: Der Versicherungsnehmer muss alle Änderungen melden, die sich auf die Prämie oder auf die Aufrechterhaltung des Vertrages auswirken können. Er muss den Versicherer frühestmöglich in Kenntnis setzen von der Existenz eines Vertrages, welcher ähnliche oder gleiche Risiken, entweder ganz oder teilweise, abdeckt.
- Bei Erklärung eines Schadensfalls: Der Versicherungsnehmer muss den Versicherer frühestmöglich über den Schadensfall in Kenntnis setzen, den Antrag auf Rückerstattung ausfüllen und dem Versicherer alle zur Erstattung notwendigen Belege zur Verfügung stellen.

Wann und wie zahle ich?

Ab dem Zeitpunkt des Anschlusses ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Prämie zum Fälligkeitsdatum zu der vereinbarten Periodik per Überweisung oder per Einzugsermächtigung zu entrichten.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsvertrag beginnt am 1. Tag des Monats, nachdem der Versicherer den „Antrag auf Mitgliedschaft oder Wechsel des Produktes“ und den „Medizinischen Fragebogen“ vollständig ausgefüllt erhalten hat, falls die erste Prämie eingegangen ist.
Der Versicherungsvertrag endet automatisch mit der Vollendung des 66. Lebensjahres oder sobald die Gruppenversicherung vor dem 66. Lebensjahr beendet wird. Außerdem endet er bei Kündigung, bei Nichtzahlung der Prämien, bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse eines anderen Landesverbandes, im Falle von Betrug oder wenn der Versicherungsnehmer seine Eigenschaft als Mitglied der Krankenkasse verliert, weil er die Beiträge für die Zusatzversicherung seiner Krankenkasse nicht gezahlt hat.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag mittels einmonatiger Kündigungsfrist nach Versand des Einschreibebriefes oder nach Zustellung des vorliegenden Antrags gegen Empfangsbestätigung oder nach Zustellung durch den Gerichtsvollzieher kündigen.

Das vorliegende Dokument dient zu Informationszwecken und soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Deckungen und Ausschlüsse geben. Folglich kann hieraus kein Anrecht abgeleitet werden.

Beschwerden bezüglich des Produktes oder unserer Dienste können gerichtet werden an den Beschwerdemanager von MLOZ Insurance (complaints@mloz.be) oder an den Ombudsmann der Versicherungen, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles – info@ombudsman-insurance.be - www.ombudsman-insurance.be

Version: 01/01/2026