

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 Plus

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 Plus ist eine optionale Versicherung des Typs „Entschädigung“, die zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen wird. Das Produkt bietet einen erweiterten Versicherungsschutz bei Krankenhausaufenthalt oder Tagesaufenthalt aufgrund von Krankheit, Unfall oder Geburt. Es werden außerdem Kosten für medizinische Pflege vor und nach dem Krankenhausaufenthalt oder Tagesaufenthalt erstattet. Hospitalia Plus beinhaltet ebenfalls einen Unterstützungsdienst in Belgien „Hospitalia Assist“ und bietet die ergänzende Option einer Garantie für schwere Krankheiten an.



Was ist versichert?

- ✓ In Belgien, Erstattung nach einer sechsmonatigen Wartezeit:
 - Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht oder Tagesaufenthalt in einem Einzelzimmer, Zwei- oder Mehrbettzimmer
 - medizinische Pflege und Medikamente 60 Tage vor und 180 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt
 - andere Erstattungen wie Rettungstransport, neonatale Pflege, Entbindung zu Hause, vorübergehender Aufenthalt in einem Genesungshotel oder Pflegeheim nach einem Krankenhausaufenthalt, Kinderbetreuung während oder nach dem Krankenhausaufenthalt,...
 - ohne jährliche Höchstgrenze
- ✓ Die Deckung umfasst:
 - die Aufenthaltskosten
 - die pharmazeutischen und parapharmazeutischen Produkte
 - die Honorare
 - Prothesen, Implantate und andere Lieferungen
 - das Rooming-In
 - die gesetzlichen Anzahlungen
- ✓ Die Franchise gilt nicht bei Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer und für Tagesaufenthalt in einem beliebigen Zimmer.
- ✓ Die Begrenzungen aufgrund einer bereits bestehenden Krankheit, einem bereits bestehenden Leiden oder eines bereits bestehenden Zustandes gelten nicht bei Krankenhausaufenthalt oder Tagesaufenthalt in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer.
- ✓ Im Ausland: Erstattung bei Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht nach einer 6-monatigen Wartezeit.
- ✓ Freie Wahl des Krankenhauses, des Zimmers und des Arztes.
- ✓ Zusätzliche Option einer Garantie für schwere Krankheiten: Erstattung der medizinischen Kosten und Medikamente außerhalb eines Krankenhausaufenthaltes oder Tagesaufenthaltes für 31 schwere Krankheiten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Toiletten- und Kosmetikprodukte, Nahrungsmittel, Weine, Mineralwasser und Ausgaben für Komfort.
- ✗ Leistungen im Zusammenhang mit ästhetischen Behandlungen oder mit refraktiver Chirurgie.
- ✗ Zahnprothesen und -implantate und alle damit verbundenen Leistungen.
- ✗ Leistungen der Art „Verjüngungskuren“.
- ✗ Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen und Arzneimitteln.
- ✗ Kosten für medizinische Behandlungen, die mit Absicht im Ausland durchgeführt werden und die nicht vom Vertrauensarzt der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigt wurden
- ✗ Kosten, die der Mehrwertsteuer unterliegen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Franchise von 150 € pro Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht in einem Einzelzimmer in einem Krankenhaus, das in der Liste der Krankenhäuser aufgeführt ist, welche Honorarzuschläge von mehr als 200 % im Verhältnis zum gesetzlichen Erstattungstarif berechnen. Die Liste der Krankenhäuser kann eingesehen werden unter www.hopitauxfranchise.be.
- ! Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht: Erstattung der Zimmerzuschläge bis zu 125 € pro Tag und der Honorarzuschläge bis zu 300 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs.
- ! Tagesaufenthalt (One-day-Clinic): Erstattung der Zimmerzuschläge bis zu 80 € pro Tag und der Honorarzuschläge bis zu 100 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs.
- ! Begrenzte Kostenübernahme, falls eine Krankheit, ein Leiden oder ein Zustand bereits vor der Eintragung in Hospitalia Plus bestand, bei Krankenhausaufenthalt im Einzelzimmer (Ausschluss von Zimmer- und Honorarzuschlägen).
- ! Kostenerstattung der Garantie bei schwerer Krankheit: bis zu 7.000 € pro Jahr (nach Genehmigung des Medizinischen Beraters).



Wo bin ich versichert?

✓ Diese Deckung gilt weltweit. Der Unterstützungsdienst ist nur in Belgien möglich.



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 wird auf Lebenszeit geschlossen. Dennoch endet er bei Kündigung, bei Nichtzahlung der Prämien, bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse eines anderen Landesverbandes oder im Falle von Betrug.



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 Meeüs 35, 1000 Bruxelles - info@ombudsman-insurance.be - www.ombudsman-insurance.be