

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ODER WECHSEL DES PRODUKTES

Falls Sie Ihre Versicherungsverträge beenden möchten, müssen Sie einen Antrag auf Beendigung einreichen.

A. KONTAKTANGABEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS (einen Antrag pro Hauptversicherter)

1. Name
- Vorname
- Tel./Handynr.
- E-Mail-Adresse

Nr. des Nationalregisters
<input type="text"/>
oder kleben Sie hierhin eine Vignette

2. Ich möchte die Mitteilungen bezüglich der abgeschlossenen Versicherungen (Rechnungen, vertragliche Informationen, allgemeine Informationen,...)
- auf elektronischem Weg erhalten (per E-Mail, im Online Büro, auf der Internetseite usw.), sobald die elektronische Informationsform der Mitteilung verfügbar ist.
- per Briefpost erhalten.

3. BANKANGABEN FÜR DIE ERSTATTUNGEN

IBAN

BIC

Zahlung der Prämien per Einzugsermächtigung Zahlungsaufforderung

Periodizität der Zahlung pro Jahr Halbjahr Quartal Monat (insofern Einzugsermächtigung)

4. ZAHLER (nur auszufüllen, falls es sich nicht um den Versicherungsnehmer selbst handelt)

Name, Vorname

Straße Nr. Bk.

Postleitzahl Ortschaft

B. VERSICHERUNGSNEHMER UND VERSICHERTE (auszufüllen von allen Personen, die versichert werden einschließlich vom Versicherungsnehmer)

5.		Name und Vorname aller Versicherten	Geburtsdatum							
	Versicherungsnehmer A									
	Versicherter B									
	Versicherter C									
	Versicherter D									
	Versicherter E									
	Versicherter F									

C. BEDÜRFNISANALYSE FÜR DEN VERSICHERUNGNEHMER UND DIE UNTER B GENANNTEN VERSICHERTEN

Für eine Versicherung der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit "MLOZ Insurance"

Diese Analyse muss immer vor der Eintragung ausgefüllt werden: Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, Garantie schwere Krankheiten und Hospitalia Kontinuität (8A) - Dentalia Up (8B).

Um Ihnen ein Versicherungsprodukt entsprechend Ihren Anforderungen und Bedürfnissen anbieten zu können, führen wir eine Analyse bzgl. Ihrer Wünsche und Bedürfnisse auf Grundlage der folgenden Fragen durch. Wir möchten Sie auf das Risiko einer Unter-Versicherung, einer Über-Versicherung, einer doppelten Versicherung und einer unangemessenen Deckung aufmerksam machen. Unsere Krankenkasse handelt als Versicherungsvertreter für die VaG "MLOZ Insurance" und kann ausschließlich Versicherungsverträge dieser VaG anbieten.

6. Sie sind bereits durch eine Versicherung gedeckt:

	Art der Versicherung		Name des Versicherers	Name des Produktes
	Privat	Krankenkasse		
<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt				
<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege				
<input type="checkbox"/> Zahnpflege				

7. Falls nicht alle Versicherten in gleicher Form gedeckt sind, vermerken Sie bitte den Namen des Versicherungsnehmers oder der Versicherten:

<input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt
<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege
<input type="checkbox"/> Zahnpflege

Wichtige Informationen:

Bestehende Krankheiten: Falls Sie eine Krankenhausversicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft haben, jedoch an einer bereits bestehenden Krankheit leiden, dann kann, nach Auswertung des medizinischen Fragebogens, die Erstattung der Zimmerzuschläge und Honorarzuschläge bei Aufenthalt in einem Einzelzimmer ggf. ausgeschlossen werden.

Schwangerschaft: Sie sind darüber informiert, dass die Kosten einer Schwangerschaft erst nach 9 Monaten Mitgliedschaft in unseren Versicherungsprodukten vollständig erstattet werden. Nach 6 Monaten ist eine Erstattung vorgesehen, ausgenommen von Zimmer- und Honorarzuschlägen im Einzelzimmer.

Sie bitten den Versicherer folgendes Risiko zu decken:

8 A. KRANKENHAUSAUFENTHALT

Sie sind bereits durch eine Gruppenversicherung für Krankenhauskosten über Ihren Arbeitgeber versichert. Sie möchten nach Ablauf dieser Gruppenversicherung (Rücktritt, Wechsel des Arbeitgebers oder Pension) weiterhin für die Kosten versichert sein. Sobald Ihre Gruppenversicherung endet, können Sie sich der Versicherung Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus anschließen ohne erneute Wartezeit, ohne das Ausfüllen eines neuen medizinischen Fragebogens und ohne die Anwendung von Beitragszuschlägen. Darüber hinaus können Sie, ergänzend zur Gruppenversicherung, von einer Erstattung bis zu 50,00 € pro Tag im Krankenhaus profitieren. **(weiter zu 8B)**
Entspricht Hospitalia Kontinuität

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes bevorzugen Sie folgende Zimmerart:

- Einzelzimmer **Entspricht Hospitalia Plus/ Hospitalia Medium**
 Zweibett- oder Mehrbettzimmer **Entspricht Hospitalia**

Für die Erstattung der Honorarzuschläge während eines Krankenhausaufenthaltes bevorzugen Sie folgenden Erstattungsprozentsatz **(bitte nur ausfüllen, falls Sie "Einzelzimmer" als Zimmerart gewählt haben):**

- 200 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs **Entspricht Hospitalia Medium**
 300 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs **Entspricht Hospitalia Plus**

Für die Pflege vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt bevorzugen Sie eine Garantie, die Ihnen Anrecht gibt auf eine Erstattung der Kosten **(bitte nur ausfüllen, falls Sie "Zweibett- oder Mehrbettzimmer" als Zimmerart gewählt haben):**

- 30 Tage vor und 90 Tage nach **Entspricht Hospitalia**
 60 Tage vor und 180 Tage nach **Entspricht Hospitalia Medium**

In Bezug auf die Kosten verursacht durch eine schwere Krankheit möchten Sie **(bitte ausfüllen unabhängig von der ausgewählten Zimmerart):**

- sich versichern für die Garantie schwere Krankheiten
 sich nicht versichern für die Garantie schwere Krankheiten

8 B. ZAHNPFLEGE

Neben der gesetzlich vorgesehenen Erstattung, möchten Sie weitere Erstattungen erhalten:
zahnärztliche Versorgung bis zu 4.000 € bei Unfällen und eine Erstattung von bis zu 4.000 € für zahnärztliche Behandlungen bei Krebs;
• höhere Kostenerstattungen je nach Anzahl der Jahre der Produktzugehörigkeit;
• für vorsorgende Zahnpflege: Erstattungen von bis zu 100 % des in Rechnung gestellten Betrags, ohne Wartezeit;
• für heilende Zahnpflege, Prothesen, Implantate und Parodontologie: Erstattungen von bis zu 80 % des berechneten Betrags;
• für Ihre kieferorthopädischen Kosten: Erstattungen bis zu 60 % des zu leistenden Betrags, für den die gesetzliche Krankenversicherung interveniert ist;
• für vorsorgende und heilende Zahnpflege: Erstattung der Zuschläge bis zu 200 %.

Mir ist bewusst, dass ich für Kieferorthopädie, für die keine Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist, keine Kostenerstattung mehr erhalte. Das bedeutet, dass Behandlungen, die **nach dem 15. Lebensjahr** begonnen haben, **nicht infrage** kommen. Darüber hinaus sind alle kieferorthopädischen Behandlungen, die bereits vor der Mitgliedschaft oder während der Wartezeit begonnen wurden, nicht erstattungsfähig.

Entspricht Dentalia Up

9. Andere spezifische Anforderungen oder Bedürfnisse:

Sie bestätigen, dass Sie alle Angaben mitgeteilt haben, welche die vorliegende Analyse beeinflussen können.

E. ANSCHLUSS OHNE BERATUNG

Füllen Sie diese Rubrik aus, falls Sie keinen Kontakt mit einem Kundenberater der Krankenkasse gehabt haben: Kreuzen Sie Ihre Wahl an

12. Ich, „Versicherungsnehmer“ habe keinen Kontakt zu einem Kundenberater gehabt und habe die Bedürfnisanalyse selbst ausgefüllt. Daher habe ich keinen Rat erhalten.
Ich bestätige ausdrücklich, dass ich über die Allgemeinen Bedingungen, das vorvertragliche Informationsblatt sowie das Informationsblatt dieses Versicherungsproduktes, welches meinen Bedürfnissen und Anforderungen entspricht, informiert bin, sei es durch ein Schriftstück oder über die Internetseite.

Ich, „Versicherungsnehmer“ und die Versicherten bestätigen ausdrücklich, dass wir uns für folgende(s) Versicherungs- produkt(e) eintragen lassen möchten:

- Hospitalia Plus Hospitalia Medium Hospitalia
 Garantie schwere Krankheiten*

* Eintragung nur möglich ergänzend zu Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus.

- Hospitalia Kontinuität Dentalia Up

13. Falls die Auswahl nicht gleichermaßen für alle Versicherten gilt, bitte folgende Tabelle vervollständigen:

	Name und Vorname aller Versicherten	Ausgewählte(s) Produkt(e)
Versicherungsnehmer A		
Versicherter B		
Versicherter C		
Versicherter D		
Versicherter E		
Versicherter F		

14. Um die Bearbeitung meiner Kostenerstattung zu erleichtern, erlaube ich hiermit der VaG MLOZ Insurance bei meiner Krankenkasse oder beim Landesbund der Freien Krankenkassen (MLOZ) meine Daten, die sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und Zusatzversicherung erhalten haben, einzuholen.

Ausgestellt in am

Versicherungsnehmer (dieses Feld muss ausgefüllt werden)	Unterschrift

Unterschrift des Kundenberaters

--

Durch die Unterzeichnung des vorliegenden Antrags erkläre ich, die Information bezüglich des Datenschutzes (siehe Seite 6 des Formulars) zur Kenntnis genommen zu haben. Ich verpflichte mich dazu, die Satzung der VaG einzuhalten. Jegliche vorsätzliche Unterlassung oder fälschliche Erklärung wird die Annullierung der Mitgliedschaft zur Folge haben. Für jeden Antragsteller eines Hospitalia-Produktes füge ich einen medizinischen Fragebogen bei, in verschlossenem Umschlag z.Hdn. des Medizinischen Beraters.

WIE SIND DIE FELDER AUF DER VORDERSEITE DES ANTRAGES AUF MITGLIEDSCHAFT ODER DES ANTRAGES AUF WECHSEL DES PRODUKTES ANZUKREUZEN?

Jede Person kann sich der VaG (Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit) "MLOZ Insurance" anschließen und angeschlossen bleiben unter der Bedingung, dass er den "Zusätzlichen Diensten" einer der folgenden 3 Sektionen angeschlossen ist (Mitglieder des Landesbundes der Freien Krankenkassen): Partenamut (509) - Freie Krankenkasse (515) - Helan Onafhankelijk ziekenfonds (526).

Sie entscheiden sich für die Deckung: entweder Hospitalia, Hospitalia Medium, Hospitalia Plus, die Garantie schwere Krankheiten oder Hospitalia Kontinuität oder Sie entscheiden sich für die Zahnpflegeversicherung Dentalia Up.

Für jede neue Mitgliedschaft oder jeden Wechsel des Produktes steht Ihnen ein Kundenberater der Krankenkasse zur Verfügung und wird Ihnen behilflich sein, das für Ihre Situation passende Produkt auszuwählen.

Füllen Sie einen medizinischen Fragebogen aus, bei Anschluss an Hospitalia-Produkte und der Garantie schwere Krankheiten und fügen diesen bei.

ACHTUNG: Für jeden einzelnen Versicherten muss ein medizinischer Fragebogen ausgefüllt werden.

Es braucht kein medizinischer Fragebogen ausgefüllt zu werden bei Anschluss an Dentalia Up, ebenso nicht bei einem Wechsel von "Hospitalia Plus" oder "Hospitalia Medium" zu "Hospitalia" oder zu "Hospitalia Kontinuität" oder von "Hospitalia Plus" zu "Hospitalia Medium" oder zu "Hospitalia Kontinuität".

ANRECHT AUF ERSTATTUNGEN

Das Anrecht auf Erstattungen wird erst nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab dem Einschreibedatum eröffnet. Für Dentalia Up besteht eine Wartezeit von 12 Monaten für die Erstattung von Prothesen, Implantaten und Kieferorthopädie. Die Wartezeit entfällt bei Unfall, mittels Einverständnis des Medizinischen Beraters. Die Wartezeit entfällt ebenfalls für Neugeborene, falls vor der Geburt die Wartezeit der Eltern des Kindes beendet ist (+ Ausnahmen). Falls Sie vor Ihrer Einschreibung in der VaG Mitglied einer gleichwertigen Versicherung waren, kann die Wartezeit laut den satzungsgemäßen Bestimmungen entfallen. Es erfolgt keine Rückerstattung für einen Krankenhausaufenthalt, der innerhalb der Wartezeit vorgenommen wird.

Falls zum Eintragungsdatum bereits eine Krankheit besteht, oder ein Leiden oder ein besonderer Zustand (wie bspw. eine Schwangerschaft), und dies zu einem Krankenhausaufenthalt führt, so gilt hierfür – insofern die Wartezeit beendet ist – eine begrenzte Kostenübernahme: Falls die Versicherte ein Einzelzimmer wählt, so werden die Einzelzimmer- und Honorarzuschläge im Einzelzimmer nicht von Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus übernommen.

Eine Geburt, die während der ersten 9 Monate der Mitgliedschaft stattfindet, kann als ein vorher bestehender Zustand angesehen werden. In diesem Fall werden – insofern die eingangs erwähnte Wartezeit beendet ist – die Kosten übernommen, jedoch mit Ausnahme der Einzelzimmer- und Honorarzuschläge, falls die Versicherte ein Einzelzimmer gewählt hat. Diese Begrenzung gilt allerdings nicht für Versicherte, die vor ihrer Einschreibung in Hospitalia einer gleichwertigen Krankenhausversicherung bei einer anderen Krankenkasse angeschlossen waren, insofern die Geburt unter Anrechnung der früheren Versicherungszeit nach 9 Monaten Mitgliedschaft stattfindet..

ZAHLUNGSMODALITÄTEN DER PRÄMIEN

Die Prämie muss vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich gezahlt werden. Eine monatliche Zahlung ist nur möglich, insofern der Versicherte der Bank eine Einzugsermächtigung erteilt hat. Die Prämie muss im Voraus gezahlt werden, d.h. eingegangen sein vor dem 1. Tag des ersten Monats des Quartals, Semesters oder Jahres oder, falls die Prämien per Einzugsermächtigung gezahlt werden, innerhalb der ersten 10 Tage des Monats, Quartals, Semesters oder Jahres.

Der Versicherungsnehmer, der seine Prämien nicht vor dem 1. Tag des Quartals gezahlt hat, erhält eine Mahnung per Einschreibebrief. 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 Versicherten über die Aufhebung der Leistungen bei Nichtzahlung der Prämien innerhalb der genannten Frist. Sie stellt den Ausgangspunkt einer Frist von 45 Tagen dar, nach deren Ablauf bei Nichtzahlung ein automatischer Ausschluss erfolgt.

Dieser Antrag auf Mitgliedschaft ist ein Versicherungsvorschlag, der weder den beantragenden Versicherungsnehmer noch die VaG verpflichtet, den Versicherungsvertrag abzuschließen. Die Unterschrift dieses Dokumentes bedeutet nicht den Beginn der Deckung.

Innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Eingangs Ihres vervollständigten Vorschlags, wird die VaG Ihnen Folgendes mitteilen:

- *entweder die Aufnahmebestätigung (dadurch beginnt der Versicherungsvertrag am 1. Tag des Monats, nachdem die VaG den „Antrag auf Mitgliedschaft“ sowie den „Medizinischen Fragebogen“ erhalten hat), mit oder ohne Begrenzungen für eine bestehende Krankheit oder Leiden oder einen besonderen Zustand;*
- *oder, auf Initiative des Medizinischen Beraters der VaG, ein Schreiben zum Erhalt zusätzlicher Informationen auf Grund der im medizinischen Fragebogen enthaltenen Angaben.*

Insofern eine Anfrage für zusätzliche Informationen gestellt wird, verfügen Sie über eine Frist von 45 Tagen, um Folge zu leisten. Insofern diese Frist eingehalten wird und daraufhin eine begrenzte Kostenübernahme vorgesehen wird oder nicht, beginnt der Versicherungsvertrag am 1. Tag des Monats, nachdem die VaG den „Antrag auf Mitgliedschaft“ und den „Medizinischen Fragebogen“ erhalten hat.

Insofern diese Frist nicht eingehalten wird, tritt der Versicherungsvertrag dennoch in Kraft am 1. Tag des Monats, nachdem die VaG den „Antrag auf Mitgliedschaft“ und den „Medizinischen Fragebogen“ erhalten hat, jedoch mit einer begrenzten Kostenübernahme für die im medizinischen Fragebogen vermerkte Krankheit oder das Leiden oder den besonderen Zustand.

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung 2016/679 vom 27. April 2016 agiert MLOZ Insurance als verantwortliche Stelle und die Krankenkasse als Versicherungsvertreter und Auftragsverarbeiter für die Verwaltung Ihrer Versicherungsverträge. Unsere Politik zum Schutz des Privatlebens können Sie einsehen unter www.freie.be/datschutzbestimmungen oder auf schriftliche Anfrage.