

# Allgemeine Bedingungen Dentalia Up

zum 1. Januar 2024

Allgemeine Bedingungen Dentalia Up 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. Versichert:** Unter einem Versicherten ist die Person zu verstehen, auf die sich das Risiko des Eintritts des versicherten Ereignisses stützt und die Begünstigte des Versicherungsvertrages ist.

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

**1.5. Leistungen der Gesundheitspflege:** der Begriff bezieht sich auf die Liste der in der Nomenklatur enthaltenen Leistungen.

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

**1.7. 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.

**1.8. Anschlussjahr:** ein Zeitraum von zwölf Monaten nach dem Jahresdatum des Vertragsabschlusses. Das erste Jahr der Mitgliedschaft beginnt am Tag des Versicherungsbeginns.

**1.9. Vorbeugendes Verhalten:** die Tatsache, dass die Person eine Erstattung für eine Zahnpflegeleistung erhalten hat in dem Kalenderjahr, welches jedem neuen Antrag auf Rückerstattung vorausgeht.

### 1.10. Zahnpflege:

- alle Leistungen, die entweder im K.E. vom 1. Juni 1934 über die Regelung zur Ausübung der Zahnheilkunde, oder im K.E. vom 9. November 1951, ergänzend zum o.g. K.E. über die Regelung zur Ausübung der Zahnheilkunde.
- durchgeführt von einem der Leistungserbringer, die in Artikel 4, § 1 des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 aufgeführt sind, welcher die Nomenklatur von medizinischen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen festlegt.

**1.11. Vorbeugende Zahnpflege:** umfasst - wie in der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege vorgesehen - folgende Leistungen, die von einem allgemeinen Zahnarzt, einem Zahnarzt,

einem Stomatologen oder einem Arzt für maxillofaziale Chirurgie in Rechnung gestellt werden (beschränkte Liste von Leistungserbringern): Munduntersuchung, Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), Zahnsteinentfernung (einschließlich des damit verbundenen Polierens), prophylaktische Reinigung, Versiegelung von Vertiefungen und Rissen sowie Konsultationen.

Kieferorthopädische und parodontologische Leistungen sind - unabhängig von der Qualifikation des Dienstleistungserbringers - gelten nicht als präventive zahnärztliche Behandlung und sind im Sinne dieses Artikels ausgeschlossen.

### 1.12 Heilende Zahnpflege

- 1) Zahnextraktion;
- 2) Zahnerhaltende Maßnahmen: Entfernung von Karies oder Permutation einer alten Füllung zugunsten einer Füllung, die das ursprüngliche Volumen des behandelten Zahnes ersetzt, um seine Funktion wiederherzustellen;
- 3) Endodontie: Fachgebiet der Zahnheilkunde, deren Ziel die Behandlung oder Wiederherstellung des Endodonts ist (Pulpaöhle und Wurzelkanal). Der Zweck der Arbeit ist die Versiegelung des gesamten Wurzelkanalsystems (oder Zahndevitalisierung);
- 4) kleine Kieferchirurgie gemäß Punkt 1.12, mit Ausnahme der folgenden Vorrichtungen, die als herausnehmbare Zahnprothesen gelten:
  - Vorrichtungen aus hartem Kunstharz, die bei der Behandlung von Schmerzen und Funktionsstörungen des Kiefersystems verwendet und zwischen den Zahnbögen eingesetzt werden;
  - Repositionierungssysteme, die bei der Kiefer- und Gesichtschirurgie verwendet werden, insbesondere solche, die unter dem Code 317295-317306 fallen;
- 5) folgende diagnostische Zahnbehandlungen:
  - intraorale, extraorale und Panorama-Röntgenaufnahmen;
  - zahnärztliche Conebeam CT (CBCT), sofern deren Indikation medizinisch notwendig ist.

Von der heilenden Zahnpflege im Sinne dieses Punktes ausgeschlossen sind diagnostische Zahnbehandlungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung oder im Rahmen von Zahnersatz und Zahnimplantaten oder der Parodontologie durchgeführt werden.

**1.13 Kleine Kieferchirurgie:** Leistungen gemäß Artikel 14, l) des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 zur Festlegung des Erstattungstarifs der Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen, bei deren Kode das Zeichen „+“ folgt.

**1.14 Parodontologie:** ein Fachgebiet der Zahnheilkunde, dessen Ziel es ist, das Parodontium (das Gewebe, das den Zahn stützt, d. h. das Zahnfleisch und den Alveolarknochen) zu behandeln, um eine gute parodontale Gesundheit zu gewährleisten, die für den Erhalt von Zähnen und/oder Implantaten erforderlich ist. Dies umfasst Konsultationen, diagnostische Zahnbehandlungen, parodontale Pflege und Parodontalchirurgie.

**1.15 Zahnprothesen und Zahnimplantate:** alle Leistungen, die mit dem Einsetzen eines Zahnimplantats oder einer festen oder herausnehmbaren Zahnprothese verbunden sind und die Anforderungen der geltenden Vorschriften, einschließlich der EU-Verordnung 2017/745, erfüllen. Sie sind wie folgt definiert:

- 1) Zahnimplantat: ein maschinell gefertigtes Teil, das in den Ober- oder Unterkieferknochen eingesetzt wird, mit dem es osteointegriert

wird. Das Implantat ermöglicht die Verankerung oder den Halt einer festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnprothese.

Das Zahnimplantat umfasst die zahnärztliche Diagnostik, die Vorimplantationsmodellierung, die Konzeption und Herstellung von chirurgischen Schablonen, die Lieferung und Platzierung dieses Implantats sowie alle Materialien, Leistungen und Technologien, die für seine Platzierung verwendet werden.

2) Zahnprothese: die endgültige Platzierung einer Zahnprothese, unabhängig davon, ob es sich um eine herausnehmbare oder festsitzende Prothese handelt. Dies umfasst die gesamte Vor- und Modellierungsarbeit, diagnostische Zahnbehandlung, Abdrücke, deren Bereitstellung, die Verankerung oder Retention des Zahnersatzes sowie alle notwendigen Nachbearbeitungen.

• herausnehmbarer Zahnersatz: jede herausnehmbare Vorrichtung, die einen oder mehrere fehlende Zähne ersetzen soll. Herausnehmbare Zahnprothesen können vollständig oder teilweise sein und aus einer Kunststoffbasis oder einem Metallrahmen bestehen, der als Halterung für künstliche Zähne dient. Den herausnehmbaren Zahnprothesen gleichgestellt sind:

- Vorrichtungen aus hartem Kunstharz, die zur Behandlung von Schmerzen und/oder Funktionsstörungen des Kiefergelenks verwendet werden und zwischen die Zahnbögen eingefügt werden;
- Prothesen, die in Anbetracht ihrer Realisierungs- und Herstellungstechnik Anlass zur Anwendung des Codes 317295-317306 geben.

• festsitzender Zahnersatz: jedes prothetische Element, das entweder einen baufälligen Zahn verstärken oder einen oder mehrere fehlende Zähne ersetzen soll. Festsitzender Zahnersatz kann aus Metall, Keramik oder keramikbeschichtetem Metall bestehen und kann als Träger einen natürlichen Zahn oder ein Implantat haben.

**1.16 Kieferorthopädische Behandlung:** ein Fachgebiet der Zahnheilkunde, das sich mit der Behandlung von kieferorthopädischen Problemen (Anomalien der Zahnstellung und der Zahnverhältnisse) und orthopädischen Problemen (Anomalien der Knochenbasis, die zu einer Verschiebung des Ober- und/oder Unterkiefers führen) befasst.

Die kieferorthopädische Behandlung umfasst alle vorbereitenden Arbeiten, Konsultationen, zahnärztliche Diagnostik, Abdrücke, die Bereitstellung und Platzierung der maßgefertigten und aktivierbaren Apparatur(en) sowie die Kontrolle und die Retentionsverfahren.

**1.17 Modellierung:** jede digitale oder Laborarbeit, mit der der Ablauf oder das Ergebnis einer Behandlung simuliert werden kann.

**1.18 Überhöhte oder diskriminierende Honorare:** überhöhte Honorare werden als solche eingestuft, indem die Honorare, die ein Zahnarzt einem Versicherten in Rechnung stellt, verglichen werden mit:

- dem Konventionstarif (der zum Zeitpunkt des Leistungsdatums gilt) für erstattungsfähige Leistungen; oder
- dem sektoralen Referenztarif für nicht erstattungsfähige Leistungen; oder
- dem Tarif, der im Anhang des K.E. vom 1. Oktober 2013 zur Festlegung der Bedingungen für die Erstattung von Zahnprothesen, die infolge von Verletzungen bei einem Arbeitsunfall erforderlich sind, vorgesehen ist und jährlich zum 1. Januar aktualisiert wird.

Unter diskriminierenden Honoraren versteht man, dass die von einem Zahnarzt in Rechnung gestellten Honorare variieren, je nachdem, ob sein Patient eine Zahnpflegeversicherung abgeschlossen hat (oder nicht) und/oder bei welchem Versicherer diese Versicherung abgeschlossen wurde.

## 2. AUFNAHME

2.1. Jede Person kann sich der Deckung Dentalia Up 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 miteingetragenen Personen.

Die Altersgrenze für eine Aufnahme liegt bei einschließlich 64 Jahren. Diese Altersbegrenzung gilt jedoch nicht für Personen, die einen Krankenkassenwechsel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen, insofern diese bei ihrer bisherigen belgischen Krankenkasse eine gleichwertige „Zahnpflegeversicherung“ abgeschlossen hatten und mit den Prämien in Ordnung waren.

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, 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
  - 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 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 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 Erstattung von Prothesen, Implantaten, kieferorthopädischen Behandlungen sowie parodontologischen Leistungen (mit Ausnahme der vorbeugende Zahnpflege, für die es keine Wartezeit gibt).

Dentalia Up erstattet keine zahnärztliche Behandlungen oder Pflege, 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 Dentalia Up 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 1. Prämie ist erst fällig ab dem 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

Dentalia Up interveniert für jede Zahnpflegeleistung 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.

- Abänderung der Wartezeit für gleichwertige Zahnpflegeversicherungen  
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 seit mindestens 12 Monaten einer gleichwertigen Zahnpflegeversicherung angeschlossen waren.

Im Falle eines Anschlusses an Dentalia Up ist unter einer gleichwertigen Zahnpflegeversicherung eine Versicherung vom Typ „Entschädigung“ zu verstehen, deren Erstattungen auf Grundlage der dem Versicherten pro Leistung tatsächlich in Rechnung gestellten Kosten erfolgen (im Gegensatz zu einer Versicherung, die pauschal interveniert), und welche die folgenden kumulativen Bedingungen enthält:

- eine finanzielle Beteiligung für zahnärztliche Leistungen in Höhe von mindestens 50 % der Beträge, die zu Lasten der Versicherten sind, mit einer jährlichen Höchstgrenze von mindestens 500 €. Um festzustellen, ob der letztgenannte Höchstbetrag in einem anderen

Rechtsträger erreicht wird, ist die höchste Obergrenze in dem Dienst dieses anderen Rechtsträgers zu berücksichtigen, der zum Zeitpunkt der Mitgliedschaft in diesem Dienst galt; und

- nicht nur auf eine Kostenübernahme für Leistungen beschränkt ist, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden; und
- alle folgenden Leistungsgruppen abdeckt: vorbeugende Zahnpflege, heilende Zahnpflege, Parodontologie, Kieferorthopädie sowie Zahnersatz und Zahnimplantate.

#### 4.2 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 anzufragen 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.

Eingetragen in Dentalia Up			
vor dem Alter von 40 Jahren (1)		zwischen 40 und 44 Jahren (1)	
0 bis 3 Jahre	kostenlos	39 bis 44 Jahre	15,93
4 bis 6 Jahre	3,91	45 bis 49 Jahre	22,42
7 bis 19 Jahre	7,59	50 bis 64 Jahre	22,42
20 bis 34 Jahre	8,67	65 Jahre und älter	23,96
35 bis 44 Jahre	11,80		
45 bis 49 Jahre	16,61		
50 bis 64 Jahre	16,61		
65 Jahre und älter	17,75		
zwischen 45 und 59 Jahren (1)		ab dem Alter von 60 Jahren	
44 Jahre (2)	17,70	59 bis 64 Jahre	28,24
45 bis 49 Jahre	24,92	65 Jahre und älter	30,18
50 bis 64 Jahre	24,92		
65 Jahre und älter	26,63		

(1) Alter zum Zeitpunkt der Eintragung

(2) Alter am 1. Januar des Anschlussjahres

Eine Erhöhung der Prämien um 35 %, 50 % oder 70 % auf die geltenden Basissätze wird berechnet für Versicherungsnehmer, die bei ihrer Einschreibung zwischen 40 und 44 Jahre, 45 und 59 Jahre oder 60 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

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 Zahnpflegeversicherungen anwendet.

Folgende Kriterien werden berücksichtigt für Dentalia Up:

### 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 das Produkt berücksichtigt.

a) Der Anschluss kann je nach gewähltem Produkt eingeschränkt sein: die Altersgrenze für die Aufnahme in Dentalia Up liegt bei 64 Jahren. Diese Altersgrenze gilt nicht für Personen, die vorher bereits einer gleichwertigen Versicherung bei einer anderen VaG angeschlossen und mit ihren Prämien in Ordnung waren, oder für Versicherte, die von der Versicherung Dentalia Plus zu Dentalia Up wechseln möchten.

b) Die Mitgliedschaft kann bei einem bestimmten Alter zur Zahlung eines Prämienzuschlages führen.

9.1.2. Der Gesundheitszustand, insbesondere das Vorhandensein einer Vorerkrankung, da sich das Behandlungsrisiko erhöhen kann, sowie die Höhe der medizinischen Kosten. Der Zustand kann auch rechtfertigen, dass bestimmte medizinische Kosten im Zusammenhang mit einer Vorerkrankung nicht abgedeckt werden.

9.1.3. Das bisherige Bestehen einer gleichwertigen Versicherung wirkt sich aus:

a) auf den Anschluss: Die Altersgrenze (siehe 9.1.1.a) gilt nicht für Versicherte, die bei ihrer vorhergehenden belgischen Krankenkasse eine gleichwertige Versicherung abgeschlossen hatten und mit der Prämienzahlung in Ordnung waren, oder für Versicherte, die von der Versicherung Dentalia Plus zu Dentalia Up wechseln möchten.

b) 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 hinsichtlich der Art der Versicherung - Krankenkasse oder über einen privaten Versicherer (individuell/kollektiv) - durch die der Versicherte vor seiner Mitgliedschaft gedeckt war.

9.1.4. Die Art der Behandlung: für den Versicherungsschutz Dentalia Up ist die Wartezeit auf 12 Monaten festgelegt für Prothesen, Implantate,

Parodontologie und kieferorthopädische Behandlungen.

### 9.2. Während des Vertrages:

9.2.1. 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.

9.2.2. Das bisherige Bestehen einer gleichwertigen Versicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft wirkt sich auf die Höchstgrenzen von Dentalia Up aus: Die Anzahl der Jahre, die der Versicherte zum Zeitpunkt des Beitritts zu Dentalia Up in der gleichwertigen Versicherung versichert war, wird wie folgt berücksichtigt, um die Höchstgrenzen von Dentalia Up zu bestimmen:

- wenn die Mitgliedschaft in dieser gleichwertigen Versicherung weniger als 2 Jahre besteht: Das Datum der Mitgliedschaft in dieser gleichwertigen Versicherung wird nicht berücksichtigt. Das Datum, das zur Bestimmung des Anfangsdatums der Höchstgrenzen verwendet wird, ist das Datum der Mitgliedschaft in Dentalia Up;
- wenn die Mitgliedschaft in dieser gleichwertigen Versicherung 2 Jahre oder länger besteht: Das Datum, das zur Bestimmung des Beginns der Höchstgrenzen herangezogen wird, ist das Datum der Mitgliedschaft in Dentalia Up abzüglich zwei Jahre.

9.2.3. Erstattungen, die bereits von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, wirken sich auf die Höchstgrenzen von Dentalia Up aus.

Die folgenden Maßnahmen werden für Dentalia Plus-Versicherte bei einem Wechsel zu Dentalia Up angewendet:

- Erstattungen, die im Rahmen der vorbeugenden und heilenden Zahnpflege der aktuellen Höchstgrenze von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, werden in die Erstattungshöchstgrenze „vorbeugende oder heilende Zahnpflege“ von Dentalia Up übertragen;
- Erstattungen, die im Rahmen von kieferorthopädischen Behandlungen der aktuellen Höchstgrenze von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, werden in die Erstattungshöchstgrenze „Kieferorthopädische Behandlung“ von Dentalia Up übertragen;
- Erstattungen, die im Rahmen von Prothesen, Implantaten und Parodontologie der aktuellen Höchstgrenze von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, werden in die zweijährige Erstattungshöchstgrenze „Prothesen, Implantate und Parodontologie“ von Dentalia Up übertragen.

## 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 pro Alterskategorie, der im Rahmen der Garantie „Zahnpflege“ 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 DENTALIA UP

### 11.1. Leistungen

MLOZ Insurance sieht eine Kostenübernahme für vorbeugende Zahnpflege, heilende Zahnpflege, Parodontologie, Zahnersatz und Zahnimplantate sowie kieferorthopädische Behandlungen - so wie in Punkt 1 definiert - vor, sofern die Leistungen durchgeführt werden von einem der Leistungserbringer, die in Artikel 4, § 1 des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 zur Festlegung des Erstattungstarifs der Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlich Krankenversicherung aufgeführt sind.

Es gibt keine Kostenbeteiligung für Vorauszahlungen oder Vorschüsse, solange die ärztliche Handlung nicht durchgeführt wurde.

### 11.2 Territorialität

Die Leistungen sind gedeckt, sofern sie in Belgien oder innerhalb der Festlandgebiete der folgenden Nachbarländer: Frankreich, Niederlande, Deutschland und Großherzogtum Luxemburg von Leistungserbringern erbracht werden, die von den zuständigen Behörden des betreffenden Landes zugelassen sind.

### 11.3. Erstattungstarif

#### 11.3.1. Vorbeugende Zahnpflege

MLOZ Insurance erstattet im Rahmen der Deckung Dentalia Up die Kosten für vorbeugende Zahnbehandlungen, sofern das Datum der Behandlung nicht vor dem Datum der Anschlussdatums bei Dentalia Up ist.

Für präventive Zahnbehandlungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, beträgt die Erstattung 100 % des vom Versicherten zu tragenden Betrags. Die Zuschläge, die in dem vom Versicherten zu tragenden Betrag enthalten sind, sind jedoch auf 200 % des Konventionstarifs begrenzt.

Für vorbeugende Zahnpflege, die in der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig ist, aber von dieser nicht erstattet werden, ist die Kostenübernahme auf das Doppelte des Konventionstarifs begrenzt, unbeschadet der Anwendung von Punkt 15.

Für vorbeugende und medizinisch notwendige Behandlungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, ist die Erstattung auf das Doppelte des sektoralen Referenztarifs begrenzt. Liegt kein Referenztarif vor, kann der Medizinische Berater von MLOZ Insurance eine Begründung für die aufgewendeten Beträge verlangen und die Erstattung begrenzen, wenn diese offensichtlich überhöht oder diskriminierend sind.

#### 11.3.2. Heilende Zahnpflege

MLOZ Insurance erstattet im Rahmen der Deckung Dentalia Up für heilende Zahnbehandlungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden: 50 % des Betrages zu Lasten des Versicherten, bzw. 80 %, falls der Versicherte ein vorbeugendes Verhalten hatte. Die im Eigenanteil enthaltenen Zuschläge sind jedoch auf 200 % des Konventionstarifs begrenzt.

Für heilende Zahnbehandlungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind, aber von dieser nicht erstattet werden, ist die Kostenübernahme von 50 % bzw. 80 %, falls der Versicherte ein vorbeugendes Verhalten hatte, auf das Doppelte des sektoralen Referenztarifs begrenzt, unbeschadet der Anwendung von Punkt 15.

Für heilende und medizinisch notwendige Zahnbehandlungen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden, ist die Erstattung von 50 % bzw. 80 %, falls der Versicherte ein vorbeugendes Verhalten hatte, auf das Doppelte des sektoralen Referenztarifs begrenzt. Liegt kein Referenztarif vor, kann der Medizinische Berater von MLOZ Insurance eine Begründung für die aufgewendeten Beträge verlangen und die Erstattung begrenzen, wenn diese offensichtlich überhöht oder diskriminierend sind.

Ausnahmen:

- Im ersten Jahr der Mitgliedschaft beträgt der Erstattungstarif für heilende Zahnpflege 80 % des Betrages zu Lasten des Versicherten.
- Der Erstattungstarif für heilende Zahnbehandlungen zugunsten von Versicherten, die 6 Jahre oder jünger sind, wird auf 80 % des Betrags festgesetzt, der zu Lasten des Versicherten bleibt.

#### 11.3.3. Zahnprothesen, Zahnimplantate und Parodontologie

MLOZ Insurance erstattet im Rahmen der Deckung Dentalia Up für Zahnprothesen, Zahnimplantate und Parodontologie: 50 % des Betrages zu Lasten des Versicherten bzw. 80 %, falls der Versicherte ein vorbeugendes Verhalten hatte.

#### 11.3.4. Kieferorthopädische Behandlung

MLOZ Insurance erstattet im Rahmen der Deckung Dentalia Up für die kieferorthopädische Behandlung: 60% des Betrages zu Lasten des Versicherten

#### 11.3.5. Garantie „Unfall“

MLOZ Insurance sieht besondere Vorkehrungen für die unter Punkt 11.1 aufgeführten Zahnbehandlungskosten infolge eines Unfalls vor, sofern die folgenden kumulativen Bedingungen erfüllt sind:

- es handelt sich um einen Unfall im Privatleben, in der Schule oder während einer betreuten Tätigkeit (unbezahlter Sport, Jugendbewegung); ausgeschlossen sind jedoch Verkehrsunfälle, in die ein Kraftfahrzeug verwickelt ist, das einer Kfz-Haftpflichtversicherung unterliegt (gemäß dem Gesetz vom 21. November 1989 über die Haftpflichtversicherung in Bezug auf Kraftfahrzeuge);
- der Unfall ereignete sich nach dem Anschlussdatum bei Dentalia Up;
- der Unfall hat zu traumatischen Verletzungen geführt, deren Behandlung durch die vorliegenden Bestimmungen abgedeckt werden kann;

- die Kosten sind medizinisch notwendig, um die Zähne in den Zustand vor dem Unfall zurückzusetzen;
- die Behandlungen werden während des im genehmigten Behandlungsplan - Unfall festgelegten Zeitraums durchgeführt. Dieser Versicherungszeitraum ist auf zwei Jahre ab dem Unfalltag begrenzt.

Um die Vorteile dieser Garantie „Unfall“ in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte zusätzlich zum standardisierten Dokument „Zahnmedizinische Leistungen - Nachweis für ausgeführte Behandlung(en)“ die folgenden Dokumente einreichen:

- das Formular „Unfallklärung“, das innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall bei MLOZ Insurance eingereicht werden muss; und
- das Formular „Behandlungsplan - Unfall“, zusammen mit den Röntgenaufnahmen und Fotos, die die Verletzungen infolge des Unfalls belegen, zu Händen des Medizinischen Beraters von MLOZ Insurance

#### 11.3.6. Garantie „Krankheiten, deren Pathologie oder Behandlung Auswirkungen auf die Mundgesundheit haben“

Die betreffenden Krankheiten sind in der folgenden vollständigen Liste enthalten:

- Krebs

MLOZ Insurance trifft für jede Krankheit spezifische Vorkehrungen:

##### KREBS

Es gibt einen Zuschuss zu den Kosten für die unter 11.1 aufgeführten Zahnbehandlungen infolge einer Krebserkrankung, sofern die folgenden kumulativen Bedingungen erfüllt sind:

- die Krebsdiagnose wurde nach dem Anschlussdatum bei Dentalia Up gestellt;
- die zahnärztliche Behandlung steht im Zusammenhang mit der diagnostizierten Krebserkrankung und ist durch die vorliegenden Bestimmungen abgedeckt;
- die Kosten sind medizinisch notwendig;
- die Behandlung wird innerhalb des im genehmigten Behandlungsplan festgelegten Zeitraums durchgeführt;
- der „Behandlungsplan - Krebs“ muss spätestens ein Jahr nach Abschluss der onkologischen Behandlung eingereicht werden. Um die Vorteile dieser Garantie in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte zusätzlich zum standardisierten Dokument „Zahnmedizinische Leistungen - Nachweis für ausgeführte Behandlung(en)“ die folgenden Dokumente einreichen:
- eine Bescheinigung eines Arztes, in der die Krebsdiagnose für den Versicherten spezifiziert wird, die durch biologische oder pathologisch-anatomische Untersuchungen, bildgebende Verfahren oder andere medizinische Untersuchungen, die in der medizinischen Fachwelt üblicherweise anerkannt werden, bestätigt wird. Auf Grundlage dieser Informationen wird der Medizinische Berater von MLOZ Insurance die Garantie genehmigen oder ablehnen, der frühestens am Tag der Diagnose beginnt; und
- das Formular „Behandlungsplan - Krebs“ sowie Röntgenaufnahmen und Fotos.

## 12. BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME

### 12.1. Erstattungshöchstgrenzen

#### 12.1.1. Vorbeugende und heilende Zahnpflege

Die Erstattung für die Gesamtheit aller Leistungen für vorbeugende oder heilende Zahnpflege ist im ersten Anschlussjahr auf 350 € pro Versicherten, im zweiten Anschlussjahr auf 650 € pro Versicherten und im dritten Anschlussjahr und den folgenden Jahren auf 1.250 € pro Versicherten begrenzt.

Der Restbetrag der Erstattungshöchstgrenze kann nicht übertragen und nicht auf die nächste Höchstgrenze angerechnet werden.

#### 12.1.2. Zahnprothesen, Zahnimplantate und Parodontologie

Die Erstattung ist auf einen zweijährigen Höchstbetrag für Zahnersatz, Zahnimplantate und Parodontologie begrenzt.

Der Höchstbetrag beginnt ab dem Jahrestag des Vertragsabschlusses, der dem Datum der ersten Versorgung mit Zahnersatz, Zahnimplantaten oder Parodontologie vorausgeht, während eines Zeitraums von zwei Jahren.

Diese Obergrenze, die für zwei Anschlussjahre gilt, wird entsprechend der Anzahl der Anschlussjahre festgelegt, die zu Beginn des zweijährigen Höchstbetrags zurückgelegt wurden:

- 1. Anschlussjahr: Wartezeit; 350 € im Falle einer erlaubten Abweichung von der Wartezeit;
- 2. Anschlussjahr: 650 €;

- 3. Anschlussjahr: 1.050 €;
- 4. bis 9. Anschlussjahr: 1.400 €;
- 10. Anschlussjahr und mehr ODER Anschluss vor dem 5. Lebensjahr: 2.200 €.

Der Betrag wird zu Beginn der zweijährigen Höchstgrenze festgelegt. Wird während des Zweijahreszeitraums ein neuer Jahrestag des Vertrages erreicht, wird der Höchstbetrag nicht aktualisiert.

Der Restbetrag der Erstattungshöchstgrenze kann nicht übertragen und nicht auf die nächste Höchstgrenze angerechnet werden.

### 12.1.3. Kieferorthopädische Behandlung

Die Erstattung ist auf einen Höchstbetrag für kieferorthopädische Behandlung begrenzt. Dieser Höchstbetrag hängt ab von der Anzahl der Anschlussjahre bei Dentalia Up, zum Zeitpunkt der Bescheinigung der Pauschale für Apparaturen zu Beginn der Behandlung:

- 1. Anschlussjahr: Wartezeit; 350 € im Falle einer erlaubten Abweichung von der Wartezeit;
- 2. Anschlussjahr: 650 €;
- 3. Anschlussjahr: 1.050 €;
- 4. bis 9. Anschlussjahr: 1.800 €;
- 10. Anschlussjahr und mehr ODER Anschluss vor dem 5. Lebensjahr: 2.200 €.

Wird während der Behandlung eine Altersgrenze erreicht, wird der zu Behandlungsbeginn ermittelte Höchstbetrag nicht aktualisiert.

Der Höchstbetrag wird entsprechend der Anschlussjahre in dem Produkt zum Zeitpunkt der Bescheinigung der Pauschale für Apparaturen zu Beginn der „regulären“ Behandlung neu berechnet. Erstattungen, die bereits bei der „Erstbehandlung“ erfolgten, werden bei der Berechnung des verbrauchten Betrags berücksichtigt.

Erstattungen, die bereits während einer früheren Mitgliedschaft bei Dentalia Up erfolgt sind, werden bei der Berechnung des verbrauchten Betrags berücksichtigt.

### 12.1.4. Garantie „Unfall“

Für eine aus einem Unfall resultierende Zahnbehandlung werden die Kosten, die der Versicherte zu tragen hat, zu 100 % erstattet, bis zu einem Höchstbetrag von 4.000 € pro Unfall, unabhängig vom Anschlussjahr bei Dentalia Up. Es handelt sich um eine zusätzliche Deckung im Falle eines Unfalls.

Wenn die Gesamtkosten der unfallbedingten Behandlungen, die im Behandlungsplan - Unfall genehmigt wurden, den Höchstbetrag „Unfall“ überschreiten, werden die darüber hinausgehenden Kosten gemäß den für die betreffende Behandlung geltenden Bedingungen erstattet (vorbeugende Zahnpflege, heilende Zahnpflege, Zahnersatz, Zahnimplantate, Parodontologie, Kieferorthopädie).

### 12.1.5. Garantie „Krankheiten, deren Pathologie oder Behandlung Auswirkungen auf die Mundgesundheit haben“

Die Kosten werden zu 100 % des Betrages erstattet, der vom Versicherten für zahnärztliche Behandlungen im Zusammenhang mit Krankheiten, einschließlich der Behandlung, aus der unten aufgeführten begrenzten Liste zu tragen ist, bis zu einem Höchstbetrag von 4.000 € für alle von dieser Deckung vorgesehenen Krankheiten, die der Versicherte im Laufe seines Lebens erleidet, unabhängig vom Anschlussdatum bei Dentalia Up. Dieser Höchstbetrag von 4.000 € kann nur einmal pro Versicherten in Anspruch genommen werden. Erstattungen, die bereits während einer früheren Mitgliedschaft bei Dentalia Up erfolgt sind, werden bei der Berechnung des verbrauchten Betrags berücksichtigt.

Es handelt sich um eine zusätzliche Deckung im Krankheitsfall; wenn die Gesamtkosten der mit der betreffenden Krankheit verbundenen Behandlungen, die im Behandlungsplan genehmigt wurden, den Höchstbetrag überschreiten, werden die darüber hinausgehenden Kosten gemäß den für die betreffende Behandlung geltenden Bedingungen erstattet (vorbeugende Zahnpflege, heilende Zahnpflege, Zahnersatz, Zahnimplantate, Parodontologie, Kieferorthopädie).

### 12.2. Besondere Bedingungen für den Fall eines Anschlusses mit einer gleichwertigen Zahnpflegeversicherung

Für vorbeugende und heilende Zahnpflege, Zahnersatz und Zahnimplantate, Parodontologie und kieferorthopädische Behandlungen, wie in den Punkten 12.1.1, 12.1.2 und 12.1.3 aufgeführt, werden die Höchstbeträge von Dentalia Up nach folgenden Regeln berechnet:

Wenn der Versicherte bis zu seinem Anschlussdatum bei Dentalia Up eine gleichwertige Zahnpflegeversicherung bei einer anderen Versicherungsgesellschaft abgeschlossen hatte, wird die Anzahl der Jahre, die er zum Zeitpunkt des Beitritts zu Dentalia Up in der gleichwertigen Versicherung versichert war, wie folgt berücksichtigt,

um die Höchstgrenzen von Dentalia Up zu bestimmen:

- wenn die Mitgliedschaft in dieser gleichwertigen Versicherung weniger als 2 Jahre besteht: Das Datum der Mitgliedschaft in dieser gleichwertigen Versicherung wird nicht berücksichtigt. Das Datum, das zur Bestimmung des Anfangsdatums der Höchstgrenzen verwendet wird, ist das Datum der Mitgliedschaft in Dentalia Up;
- wenn die Mitgliedschaft in dieser gleichwertigen Versicherung 2 Jahre oder länger besteht: Das Datum, das zur Bestimmung des Beginns der Höchstgrenzen herangezogen wird, ist das Datum der Mitgliedschaft in Dentalia Up abzüglich zwei Jahre.

### 12.3 Spezifische Erstattungsregeln

Im Rahmen der Deckung Dentalia Up interveniert MLOZ Insurance unter Berücksichtigung der folgenden Regeln:

- MLOZ Insurance übernimmt die Kosten für zahnärztliche Conebeam CT (CBCT), sofern alle administrativen Bedingungen für die Verwendung des Conebeam, die in Artikel 6, § 17bis des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 zur Festlegung des Erstattungstarifs der Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen aufgeführt sind, erfüllt sind, und insbesondere, dass der Leistungserbringer im Besitz der von der FANK ausgestellten Conebeam-Lizenz ist und dass das Gerät und der Leistungserbringer beim Gesundheitspflagedienst des LIKIV registriert sind. Zahnärztliche Conebeam werden erstattet, sofern sie medizinisch notwendig sind und gemäß den Bedingungen, die für die entsprechenden Behandlungen gelten. Zahnärztliche Conebeam werden nur einmal alle 2 Jahre erstattet;
  - MLOZ Insurance behält sich das Recht vor, ab dem Zeitpunkt, an dem dies gesetzlich vorgeschrieben ist, nur nach Vorlage und vorheriger Genehmigung eines Behandlungsplans mit Kostenvorschlag für Zahnersatz und Zahnimplantate, parodontologische Leistungen und kieferorthopädische Behandlungen eine Kostenübernahme vorzusehen;
  - bei offensichtlich überhöhten oder diskriminierenden Beträgen kann MLOZ Insurance die Höhe ihrer Leistung begrenzen, indem sie den zu berücksichtigenden Betrag auf den geringsten in den unten aufgeführten Referenzen enthaltenen Betrag begrenzt:
    - Anhang des K.E. vom 1. Oktober 2013 zur Festlegung der Bedingungen für die Erstattung von Zahnprothesen, die infolge von Verletzungen bei einem Arbeitsunfall erforderlich sind, jährlich aktualisiert zum 1. Januar; oder
    - Konventionstarif für erstattungsfähige Leistungen; oder
    - sektoraler Referenztarif für nicht erstattungsfähige Leistungen; oder
    - Tarif, den der Leistungserbringer üblicherweise gegenüber Patienten anwendet, die keine Zahnpflegeversicherung abgeschlossen haben;
  - die Erstattung für Vorrichtungen aus hartem Kunstharz, die in Abschnitt 114.2 aufgeführt sind, ist auf ein einziges Mal alle 5 Anschlussjahre beschränkt. Die Anpassung dieser Vorrichtungen darf in keinem Fall zu einer separaten Intervention führen;
  - die Erneuerungsfristen für Zahnprothesen betragen 7 Jahre für herausnehmbare Prothesen und 15 Jahre für festsitzende Prothesen;
  - die Modellierung der Zahnpflege darf unter keinen Umständen zu einer separaten Kostenübernahme für die Behandlung führen, auf die sie sich bezieht;
  - die Kosten für ein und dieselbe zahnprothetische Arbeit gemäß der Definition in Abschnitt 114 dürfen unter keinen Umständen auf mehrere Termine aufgeteilt werden, um einen Vorteil oder eine höhere als die vertraglich vorgesehene Erstattung zu erhalten, und dürfen nur am Tag der endgültigen Platzierung in Rechnung gestellt werden.
- MLOZ Insurance behält sich das Recht vor, die therapeutische Angemessenheit bei mehreren Behandlungen an derselben Implantat- oder Prothesenstelle zu überprüfen und gegebenenfalls deren Erstattung zu begrenzen;
- MLOZ Insurance behält sich das Recht vor, ihre Leistung davon abhängig zu machen, dass eine Kopie der Zustimmung des Vertrauensarztes oder der Anlage, die für die Erstattung der Kosten der kieferorthopädischen Behandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung erforderlich ist, vorliegt.

## 13. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE UND BESCHRÄNKUNGEN

### 13.1. Allgemeine Ausschlüsse

Folgende Zahnpflegekosten 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 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.

### 13.2. Nicht gedeckte Leistungen

Dentalia Up interveniert nicht:

- für kieferorthopädische Behandlungen:
  - 1) für die kein Anrecht auf eine Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung für Mitglieder der belgischen gesetzlichen Krankenversicherung besteht;
  - 2) die nicht den Erstattungsbedingungen der belgischen gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, für Personen die nicht der belgischen gesetzlichen Krankenversicherung angeschlossen sind;
  - 3) die während der Wartezeit oder vor dem Beitritt zu Dentalia Up eingeleitet (Untersuchungen vor der Behandlung mit dem Ziel, diese zu definieren oder einzuleiten) oder begonnen werden (Pauschale für kieferorthopädische Behandlung „erste Absicht“ zu Beginn der Behandlung oder Pauschale für Zahnspange durch regelmäßige kieferorthopädische Behandlung zu Beginn der Behandlung). Diese Behandlungen werden auch nach der Wartezeit nicht übernommen;
- Zahnprothesen und Zahnimplantate, die während der Wartezeit oder vor dem Beitritt zu Dentalia Up eingeleitet (Untersuchungen vor der Behandlung mit dem Ziel, diese zu definieren oder einzuleiten) oder begonnen werden (Einsetzen eines Implantats oder einer provisorischen Prothese). Diese Behandlungen werden auch nach der Wartezeit nicht übernommen;
- für Leistungen gemäß Artikel 14, I) des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 zur Festlegung des Erstattungstarifs der Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen, deren Kode nicht das Zeichen „+“ folgt;
- Medikamente;
- die verwendeten Materialien, Instrumente, Hilfsmittel, zahnärztlichen Arzneimittel oder andere pharmazeutische Hilfsmittel und alle mit der Hauptbehandlung eng verbundenen Tätigkeiten;
- Zahnersatz in Form von Facetten, Inlays, Onlays und Overlays, unabhängig von der Motivation;
- thermogeformte Zahnschienen, unabhängig von der Motivation, außer für kieferorthopädische Retention;
- Techniken zur Injektion von Kompositarz mithilfe einer indirekt hergestellten Schiene, um die Anatomie, das Volumen oder die Farbe eines oder mehrerer Zähne zu verändern;
- jede Behandlung von Schnarchen oder Schlafapnoe oder jede andere Behandlung, die nicht mit der Mundgesundheit in Zusammenhang steht;
- Kosten, die durch bezahlten Sport, einschließlich Training, entstehen, sowie Kosten, die sich aus einer Verletzung ergeben, die bei der Ausübung einer Sportart erlitten wurde, bei der das Tragen eines Gesichts-, Mund- oder Zahnschutzes nach den Vorschriften des betreffenden Sportverbands üblich oder vorgeschrieben ist;
- Kosten, die durch die Teilnahme des Versicherten an einer Schlägerei verursacht wurden;
- Kosten, die nicht spezifisch für die Bereitstellung des Hauptmaterials in Form von Leasing oder Abonnements sind;
- ästhetische bzw. kosmetische zahnärztliche Leistungen;
- Leistungen und Lieferungen von Gegenständen, die der Mehrwertsteuer unterworfen werden können;
- Kosten, deren Rechnungsstellung rechtswidrig/nach belgischem Recht nicht zulässig ist;
- Kosten, die aus diagnostischer oder therapeutischer Sicht nicht notwendig sind, weil sie nicht zur Heilung einer Krankheit dienen;

- Leistungen oder Behandlungen, die medizinisch nicht notwendig sind;
- Verfahren oder Behandlungen, die im Hinblick auf die Pathologie übertrieben sind (Überbehandlung);
- Leistungen, die therapeutisch nicht ausreichend anerkannt sind oder nicht Gegenstand eines Unterrichts an mindestens einer der belgischen Fakultäten sind, die Zugang zu einem der in Artikel 4, § 1 des Anhangs des K.E. vom 14. September 1984 zur Festlegung des Erstattungstarifs der Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführten Berufe ermöglichen;
- Leistungen zugunsten eines Versicherten, der sich weigert, sich einer Untersuchung durch einen von MLOZ Insurance ernannten sachverständigen Zahnarzt zu unterziehen;
- Leistungen im Falle einer offensichtlichen Fälschung des Leistungserbringers und/oder des Versicherten oder seines Vertreters in Bezug auf die Leistungsdaten, die beantragten Beträge oder die Leistungsbeschreibung.

## 14. BESONDERE REGELN FÜR DEN WECHSEL VON DENTALIA PLUS ZU DENTALIA UP

### 14.1. Aufnahme

Jeder Versicherungsnehmer von Dentalia Plus kann unabhängig vom Alter seinen Wechsel nach Dentalia Up beantragen. Alle Personen, die zu seinen Lasten sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und die Dentalia Plus abgeschlossen haben, sind verpflichtet, ihm zu folgen. Der Wechsel muss durch die Einreichung eines „Antrags auf Mitgliedschaft oder Wechsel des Produktes“ beantragt werden und beginnt am 1. Tag des Monats, nachdem MLOZ Insurance den „Antrag auf Mitgliedschaft oder Wechsel des Produktes“ vollständig ausgefüllt erhalten hat. Das Datum, das zur Bestimmung des Beginns der Wartezeit in Dentalia Up herangezogen wird, ist das Anschlussdatum bei Dentalia Plus.

### 14.2. Prämien

Beim Wechsel von Dentalia Plus zu Dentalia Up wird keine zusätzliche Prämienhöhung vorgenommen.

### 14.3. Rückerstattungen

#### 14.3.1. Berechnung des Anfangsdatums der Höchstgrenzen

Für vorbeugende und heilende Zahnpflege, Zahnersatz und Zahnimplantate, Parodontologie und kieferorthopädische Behandlungen, wie in den Punkten 12.1.1, 12.1.2 und 12.1.3 beschrieben, wird das Anschlussdatum bei Dentalia Plus berücksichtigt, um das Anfangsdatum der Höchstgrenzen von Dentalia Up zu bestimmen.

#### 14.3.2. Auswirkung von bereits von Dentalia Plus ausgezahlten Erstattungen

Erstattungen, die bereits von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, wirken sich auf die Höchstgrenzen von Dentalia Up wie folgt aus:

- Erstattungen, die im Rahmen der vorbeugenden und heilenden Zahnpflege unter Berücksichtigung der aktuellen Höchstgrenze von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, werden in die Erstattungshöchstgrenze „vorbeugende oder heilende Zahnpflege“ von Dentalia Up übertragen;
- Erstattungen, die im Rahmen von kieferorthopädischen Behandlungen unter Berücksichtigung der aktuellen Höchstgrenze von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, werden in die Erstattungshöchstgrenze „Kieferorthopädische Behandlung“ von Dentalia Up übertragen;
- Erstattungen, die im Rahmen von Prothesen, Implantate und Parodontologie unter Berücksichtigung der aktuellen Höchstgrenze von Dentalia Plus ausgezahlt wurden, werden in die zweijährige Erstattungshöchstgrenze „Prothesen, Implantate und Parodontologie“ von Dentalia Up übertragen.

## 15. ZUSAMMENTREFFEN MEHRERER VERSICHERUNGEN

### 15.1. 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;
- den Dienst „Dringende Pflege im Ausland“ der Krankenkasse.

Die Zusatzdeckungen werden nach Abzug dieser Intervention 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.

15.2. 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 Versicherten 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.

## **16. ERSTATTUNGEN**

### **16.1. Verjährung**

Der Anspruch auf Rückerstattungen 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.

### **16.2. Medizinische Untersuchung**

Die Leistungen werden nur unter Vorbehalt des Rechts von MLOZ Insurance übernommen, den Gesundheitszustand des Versicherten und die Angemessenheit der Leistungen jederzeit durch den Medizinischen Berater überprüfen zu lassen.

Mit dem Anschluss an Dentalia Up erklärt sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden, dass MLOZ Insurance beim Leistungserbringer oder dessen Unterauftragnehmer die Rechtmäßigkeit der Abrechnung überprüft.

Mit dem Anschluss an Dentalia Up erklärt sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden, dass der Medizinische Berater von MLOZ Insurance oder der von MLOZ Insurance beauftragte sachverständige Zahnarzt im Falle von Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der erbrachten Leistung die Rechtmäßigkeit der erbrachten Leistung beim Leistungserbringer oder dessen Unterauftragnehmer überprüft.

### **16.3. 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 Dentalia Up vorgesehenen Vorteile erhalten kann, muss der Versicherte sich an einen anerkannten Leistungserbringer wenden. Der Versicherte muss das standardisierte Dokument „Zahnmedizinische Leistungen - Nachweis für ausgeführte Behandlung(en)“, das vom Leistungserbringer ordnungsgemäß ausgefüllt wurde, einreichen.

Alle Leistungen, die für eine und dieselbe Behandlung/Tag erbracht wurden, müssen in einem einzigen Dokument aufgeführt werden. Werden Zuschläge nur pauschal ausgefüllt, so werden sie proportional zum Tarif für jede Leistung aufgeteilt. Die Belege müssen in der gleichen Reihenfolge wie die erbrachten Leistungen eingereicht werden.

MLOZ Insurance behält sich das Recht vor, ihre Erstattung abhängig zu machen vom Erhalt einer Kopie der ordnungsgemäß ausgefüllten Behandlungsbescheinigung, die im Rahmen einer Intervention der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen ausgestellt wird.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, den Versicherten darüber zu informieren, dass mit Anschluss an das Produkt, die VaG MLOZ Insurance direkt Kontakt mit der Krankenkasse oder dem Landesbund der Freien Krankenkassen aufnehmen kann, um die Bearbeitung der Kostenerstattung zu erleichtern auf Basis der Daten, die sie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Zusatzversicherung erhalten hat.

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.

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.

## **17. 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).