Allgemeine Bedingungen
Garantie schwere Krankheiten

zum 1. Januar 2025

Allgemeine Bedingungen der Versicherungsgesellschaft MLOZ Insurance, verabschiedet durch den Verwaltungsrat vom 29. Mai und 18. September 2024 und durch die Außerordentliche Generalversammlung vom 19. Juni und 16. Oktober 2024

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 - 01/2025

freie Garantie schwere Krankheiten

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. Versicherter: Unter einem Versicherten ist die Person zu verstehen, auf die sich das Risiko des Eintritts des versicherten Ereignisses stützt und die Begünstigte des Versicherungsvertrags 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: Erstattungstarif enthaltene Leistungen (K.E. vom 14. September 1984 und nachträgliche Änderungen).

1.6. Pharmazeutische Produkte:
Unter pharmazeutischen Produkten sind zu verstehen:

- alle Arzneimittel, die beim Ministerium für Volksgesundheit registriert sind, in Anwendung von Artikel 6 des Gesetzes vom 25. März 1964 und des K.E. vom 3. Juli 1969 und nachträglichen Änderungen;
- alle pharmazeutischen Spezialitäten, die vom Krankenhaus eines anderen Landes gemäß den Bestimmungen von Artikel 105 des K.E. vom 14. Dezember 2006 über Human- und Tierarzneimittel eingeführt werden;
- magistrale Zubereitungen;
- Kontrastmittel.

1.7. Rechnung für ambulante Pflege: die Dokumente, wie sie beschrieben sind 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.

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

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

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

1.11. Medizinischer Fragebogen: dieses Dokument verschafft dem Medizinischen Berater von MLOZ Insurance eine Übersicht über den vergangenen und aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten und dient zur eventuellen Festlegung einer begrenzten Kostenübernahme für eine bereits bestehende Krankheit.

1.12. Bereits bestehende Krankheit: eine Krankheit, die zum Zeitpunkt der Eintragung bei MLOZ Insurance (oder zum Zeitpunkt des Wechsels zu einem anderen Produkt innerhalb von MLOZ Insurance) besteht und zu ambulanter Pflege führt.

1.13. Medizinisches Material: Medizinisches Material sind alle Instrumente, Vorrichtungen oder Apparate, die zur Linderung einer Krankheit oder einer Verletzung verwendet werden.

1.14. Selbstmordversuch: Es handelt sich um ein ungewöhnliches, nicht tödliches Verhalten, das die Person mit der Erwartung oder dem Risiko zu sterben oder eines körperlichen Schadens einleitet und ausführt, um die gewünschten Veränderungen herbeizuführen.

2. AUFNAHME

2.1. Jede Person kann sich der Garantie schwere Krankheiten zusätzlich zu der Deckung Hospialia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus 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, sich selbst und alle Personen einzutragen, die zu seinen Lasten sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, es sei denn, er selbst, 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 für die Garantie schwere Krankheiten liegt bei einschließlich 65 Jahren. Diese Altersbegrenzung gilt jedoch nicht für Personen, die einen Krankenkassenwechsel in Bezug auf die gesetzliche Krankenversicherung vornehmen, insofern diese bei ihrer vorhergehenden belgischen Krankenkasse eine gleichwertige Krankenhausversicherung und eine gleichwertige Garantie schwere Krankheiten 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 (gemäß den Bedingungen einer neuen Mitgliedschaft), 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 und Dauer 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 (mit oder ohne begrenzte Kostenübernahme), 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" und den „Medizinischen Fragebogen" 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 und der medizinische Fragebogen vor Ende des dritten Monats nach der Geburt oder Adoption bei MLOZ Insurance eingegangen sind, 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.

Eine Verweigerung der Garantie schwere Krankheiten 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. Die Kündigung von Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus hat die automatische Beendigung der Garantie schwere Krankheiten zu Folge. Diese einmonatige Kündigungsfrist ist nicht erforderlich, wenn die Garantie schwere Krankheiten unter Beibehaltung der Krankenhausversicherung aufgehoben wird;
- 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, 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 MLOZ Insurance wird erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten eröffnet. Diese beginnt am 1. Tag der Mitgliedschaft. Eine Wartezeit von 6 Monaten gilt auch für die Erweiterung der Deckung ab deren Inkrafttreten.

MLOZ Insurance erstattet weder Krankenhausaufenthalte noch ambulante Leistungen, 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 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, ohne Ausfüllen eines medizinischen Fragebogens 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

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

• Abänderung der Wartezeit für gleichwertige Garantien für schwere Krankheiten

MLOZ Insurance interveniert für neue Versicherungsnehmer, die belegen können, dass sie bis zum Datum des Beginns ihrer Mitgliedschaft bei MLOZ Insurance seit mindestens 6 Monaten einer gleichwertigen Garantie schwere Krankheiten.

4.2. Von der Garantie ausgeschlossene Leistungen

Für alle Leistungen und Zimmerarten

Folgende Krankenhaus- und Pflegekosten in Zusammenhang mit einer Krankheit oder einem Unfall werden nicht gedeckt:

- als Folge von Kriegsereignissen, 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 einbegriffen;
- 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. Der Selbstmordversuch und der Suizid werden nicht mit vorsätzlichen Handlungen gleichgesetzt;
- 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 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 Versicherungsvertrags 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 01/01/2025, Steuern inbegriffen, je nach Alter zum 01/01/2025.

Eintragung in die Garantie schwere Krankheiten (Steuern in Höhe von 9,25 % inbegriffen) Eine Eintragung in die Garantie schwere Krankheiten ist nur möglich ergänzend zu Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus.			
< 18 Jahre	0,33	50 bis 59 Jahre	1,36
18 bis 24 Jahre	0,41	60 Jahre und älter	2,48
25 bis 49 Jahre	1,11		

Für die Garantie schwere Krankheiten werden die Prämien nicht erhöht.

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 (gemäß den Bedingungen einer neuen Mitgliedschaft) anschließen, unter der Voraussetzung, 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 dieser Versicherung anwendet.

Folgende Kriterien werden berücksichtigt für die Garantie schwere Krankheiten:

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 ansteigen. 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 liegt bei einschließlich 65 Jahren für die Garantie schwere Krankheiten, die zusätzlich zu Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus angeboten wird. Diese Altersgrenze gilt nicht für Personen, die vorher bereits einer gleichwertigen Versicherung bei einer anderen VaG angeschlossen und mit ihren Prämien in Ordnung waren.
b) Je nach gewählten Produkt kann die Mitgliedschaft bei einem bestimmten Alter zur Zahlung eines Prämienzuschlages führen.
9.1.2. Der Gesundheitszustand, insbesondere eine bereits bestehende Krankheit, da das Risiko einer Behandlung sowie der Betrag der medizinischen Kosten steigen kann. Dieser kann außerdem rechtfertigen, dass bestimmte an eine bestehende Krankheit gebundene medizinische Kosten nicht gedeckt sind.
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 den Prämien in Ordnung waren.
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 nach der Art der Versicherung - Krankenkasse oder über einen privaten Versicherer (individuell/kollektiv) - 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“ für die Garantie schwere Krankheiten 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. Garantie schwere Krankheiten (wahlfreie Garantie)

11.1. Erstattungen

Erstattung der Kosten für die Gesundheitspflege (außerhalb eines Krankenhausaufenthaltes) der folgenden 33 Erkrankungen, die als schwere Krankheiten eingestuft sind: *Krebs, Leukämie, Parkinson-Erkrankung, Hodgkin-Erkrankung, Alzheimer-Erkrankung, Demenz (andere als Alzheimer), Aids, Tuberkulose, Multiple Sklerose, Amyothropische Lateralsklerose, Entzündung der Hirn- und Rückenmarkhäute, Kinderlähmung, progressive Muskeldystrophie, Gehirnentzündung, Wundstarrkrampf, Mukovizidose, Crohn-Erkrankung, Bruccellose, Leberzirrhose infolge von Hepatitis, Sklerodermie mit Organbefall, Diabetes Typ I, ulzeröshämorrhagische Proktokolitis, Pompesche Erkrankung, Malaria, Flecktyphus, Typhus-ähnliche Erkrankung und Paratyphuserkrankung, Diphtherie, Cholera, Milzbrand-Krankheit, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Niereninsuffizienz die eine Dialyse erfordert, Organtransplantation (mit Ausnahme von Hornhaut- und Hauttransplantationen) und Huntington-Krankheit nach* Genehmigung des Medizinischen Beraters und bis zu 7.000,00 € pro Jahr.
Die Gesundheitspflege muss in Belgien innerhalb der Periode erfolgen, die vom Medizinischen Berater genehmigt wurde, medizinisch notwendig sein und von einem Arzt verordnet werden, in der Nomenklatur aufgeführt sein sowie in direktem Zusammenhang mit der schweren Krankheit stehen.
Die Garantie für Kosten bei schwerer Krankheit kann nur dann zuerkannt werden, wenn die Diagnose nach dem Anschlussdatum gestellt wurde.

Folgende Erstattungen sind vorgesehen:
1. Eigenanteile und Honorarzuschläge, begrenzt auf 100% des gesetzlich vorgesehenen Tarifs, für Beratungen und Besuche des Hausarztes und Facharztes, technisch-medizinische Leistungen, medizinische Bildverfahren, Radio- und Radiumtherapie, Nuklearmedizin, Innere Medizin, Dermato- und Venerologie, Physiotherapie, Klinische Biologie, Honorare für die dringende Inanspruchnahme einer anerkannten Funktion für spezialisierte Notfallversorgung, Zuschläge für Notdienste, Bandagen, Orthopädie, Optik, Akustik, Anatomo-Pathalogie, Genetik, spezielle Leistungen, Kinesitherapie, Krankenpflege, Logopädie, Radio-Isotope und Herztraining;
2. Durch den Patienten tatsächlich bezahlter Betrag, wenn eine gesetzliche Erstattung vorgesehen ist, für allopathische Medikamente (Schulmedizin) und magistrale Zubereitungen und Perücken (Haarprothesen), die vom Arzt verordnet wurden;
3. Die Leihgebühr von Krankenmaterial, nach Abzug der eventuellen Erstattung durch die „Zusätzlichen Dienste“ der Freien Krankenkasse.
4. Die Erstattung von höchstens 400,00 € pro Brustrekonstruktion, für die Tätowierung des Warzenhofs und der Brustwarze bei einem vom Onkologen/Gynäkologen/Chirurgen empfohlenen Dienstleister für diese Leistung, nach einer Brustrekonstruktion, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet wird und die auf eine Brustkrebserkrankung folgt, die von der Garantie schwere Krankheiten gedeckt ist.

11.2. Erstattungsbedingungen

Um von dieser Garantie zu profitieren, muss der Versicherte die Genehmigung des Medizinischen Beraters von MLOZ Insurance einholen. Er legt eine Bescheinigung eines Arztes vor, welche die Diagnose und das Datum der Diagnose der schweren Krankheit des Patienten enthält. Bestätigt wird die Diagnose durch biologische und pathologische Untersuchungen oder durch das medizinische Bildverfahren oder durch andere, in der Regel in der medizinischen Welt anerkannte medizinische Untersuchungen, auf deren Grundlage der Medizinische Berater von MLOZ Insurance die schwere Krankheit annimmt oder ablehnt für den Zeitraum eines Jahres, beginnend ab dem Datum der Diagnose der schweren Krankheit, sofern zwischen dem Datum der Diagnose der schweren Krankheit und dem Zeitpunkt des "Antrags auf Anerkennung - Garantie schwere Krankheiten" nicht mehr als 3 Jahre vergangen sind. Ist zwischen dem Datum der Diagnose der schweren Krankheit und dem Zeitpunkt des "Antrags auf Anerkennung - Garantie schwere Krankheiten" ein Zeitraum von drei oder mehr Jahren vergangen, so werden höchstens drei Jahre ab dem Zeitpunkt des "Antrags auf Anerkennung - Garantie schwere Krankheiten" berücksichtigt, um das Anfangsdatum der Anerkennung der Garantie schwere Krankheiten zu bestimmen. Diese Zustimmung kann jeweils um einen Zeitraum eines Jahres für die gleiche Krankheit erneuert werden, entweder direkt oder nicht direkt im Anschluss an die erste Periode. Bei schweren, unheilbaren Krankheiten (Parkinson-Erkrankung, Alzheimer-Erkrankung, Demenz (andere als Alzheimer), Aids, amyothropische Lateralsklerose, Kinderlähmung, progressive Muskeldystrophie, Mukoviszidose, Crohn-Erkrankung, Leberzirrhose infolge von Hepatitis, Sklerodermie mit Organbefall, Diabetes Typ I, ulzeröshämorrhagische Proktokolitis, Pompesche Erkrankung, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Niereninsuffizienz die eine Dialyse erfordert, Organtransplantation (mit Ausnahme von Hornhaut- und Hauttransplantationen) und Huntington-Krankheit), wird die Garantie schwere Krankheiten lebenslang gewährt.

Wenn der Medizinische Berater von MLOZ Insurance zusätzliche Informationen benötigt, stehen dem Versicherten 45 Tage zur Verfügung, um diese einzureichen, beginnend ab dem Versanddatum der Anfrage.

- Falls die Frist eingehalten wird und der Medizinische Berater die Mitgliedschaft annimmt, beginnt die Garantie ab dem Datum der Diagnose der schweren Krankheit, sofern zwischen dem Datum der Diagnose der schweren Krankheit und dem Zeitpunkt des "Antrags auf Anerkennung - Garantie schwere Krankheiten" nicht mehr als 3 Jahre vergangen sind. Ist zwischen dem Datum der Diagnose der schweren Krankheit und dem Zeitpunkt des "Antrags auf Anerkennung - Garantie schwere Krankheiten" ein Zeitraum von drei oder mehr Jahren vergangen, so werden höchstens drei Jahre ab dem Zeitpunkt des "Antrags auf Anerkennung - Garantie schwere Krankheiten" berücksichtigt, um das Anfangsdatum der Anerkennung der Garantie schwere Krankheiten zu bestimmen.
- Falls die Frist nicht eingehalten wird und der Medizinische Berater die Mitgliedschaft annimmt, beginnt die Garantie am Tag nach dem Datum der Genehmigung.
- Falls die Verzögerung 90 Tage überschreitet, muss ein neuer Antrag eingereicht werden.

Die Aufnahme, mit oder ohne begrenzte Kostenübernahme wird dem Versicherten schriftlich mitgeteilt, mit dem Vermerk des gedeckten Zeitraums für die Garantie für Kosten bei schwerer Krankheit.

12. UNTERSTÜTZUNG IN BELGIEN „Hospitalia Assist“

12.1. Zweck und Umfang der Unterstützung

„Hospitalia Assist“ bietet nachstehende Dienste an und übernimmt die Kosten für die Versicherungsnehmer von Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus, die Anspruch haben auf die Intervention von MLOZ Insurance im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes, eines Tagesaufenthaltes oder einer Garantie schwere Krankheiten in Belgien, welche von Hospitalia, Hospitalia Medium oder Hospitalia Plus oder der Garantie schwere Krankheiten gedeckt ist und die ihre Wartezeit beendet haben bis zu den angegebenen Grenzbeträgen (Beträge einschließlich aller Steuern).

Diese Dienstleistungen werden erbracht, wenn der Versicherte körperlich oder geistig nicht in der Lage ist für sich zu sorgen und bei seinen täglichen Verrichtungen von anderen abhängig ist und die faktischen oder rechtlichen Mitbewohner körperlich oder geistig nicht in der Lage sind, die nachfolgend beschriebenen Leistungen zu erbringen.
Die von Hospitalia Assist organisierten und erstatteten Dienstleistungen sind pro Versicherten auf einen Gesamtbetrag von bis zu 1.000,00 € pro Ereignis (Krankenhausaufenthalt oder schwere Krankheit) mit höchstens 2 Ereignissen pro Kalenderjahr für die Gesamtheit der nachstehenden Dienstleitungen begrenzt. Die Dienstleistungen können kumuliert werden.
Ein Ereignis ist entweder ein Krankenhausaufenthalt oder der Beginn einer Behandlung einer schweren Krankheit, die den Versicherten bei seinen täglichen Verrichtungen von anderen abhängig macht. Unter Intervention versteht man den Einsatz eines Betreuers des Begleit- und Betreuungsdienstes.

12.2. Territoriale Gültigkeit

Die Unterstützung gilt nur für das belgische Staatsgebiet. Sofern nicht anders vereinbart, erfolgt sie am Hauptwohnsitz oder am vom Versicherten gewählten Wohnsitz.

12.3. Pflichten des Versicherten

Der Versicherte ist verpflichtet Hospitalia Assist anzurufen und dessen Anweisungen zu folgen, damit die nachstehenden Dienste organisiert werden können.
Jegliche Unterstützung, Kosten oder Dienstleistungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn vorher eine Genehmigung bei Hospitalia Assist beantragt wurde und dieser Dienst seine Zustimmung erteilt hat.
In allen Fällen werden die Kosten, die von einer vom Versicherten ausgewählten organisierten Unterstützung entstanden sind, erst nach Vorlage der Kostenabrechnung erstattet und nach Vorlage aller Elemente, welche die Inanspruchnahme der Garantie rechtfertigen.
Die Kosten, die anlässlich einer vom Versicherten organisierten Unterstützung entstanden sind, werden nur bis zu den in den Allgemeinen Bedingungen genannten Beträgen und Begrenzungen erstattet, die Hospitalia Assist erstattet hätte, wenn dieser Dienst die Unterstützung selbst organisiert hätte.
Der Versicherte muss alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um von der Sozialen Sicherheit und jeder anderen Versicherungsgesellschaft eine Erstattung der Kosten zu erhalten. Falls der Versicherte andere Versicherungen in Anspruch nehmen kann, welche das gleiche Risiko decken, so muss er Hospitalia Assist über diese Garantien und die Identität dieser Versicherer informieren.

Der Versicherte verpflichtet sich, die mit Hospitalia Assist vereinbarten Verpflichtungen in Bezug auf die Organisation der Unterstützung einzuhalten. Kommt der Versicherte einer der obengenannten Verpflichtungen nicht nach und besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der Nichterfüllung seiner Pflichten und dem Anspruch, mit nachteiligen Folgen für Hospitalia Assist, so kann Hospitalia Assist die Erstattung verweigern und die Leistungen im Verhältnis zur Höhe des erlittenen Schadens begrenzen. Jede betrügerische Absicht, absichtliche Unterlassung oder absichtliche Ungenauigkeit in der Erklärung führt immer zum Verlust aller Ansprüche auf die Versicherungsleistungen.

12.4. Erstattungsbedingungen für diese Begleitdienste

Der Versicherte oder - falls dieser dazu nicht in der Lage ist - einer seiner Angehörigen kontaktiert Hospitalia Assist unter der Nummer 02 560 47 85, damit die vorgesehenen Leistungen organisiert werden können.
Jegliche Unterstützung, Kosten oder Dienstleistungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn vorher eine Genehmigung bei Hospitalia Assist beantragt wurde und dieser Dienst seine Zustimmung erteilt hat.
Der Antrag muss innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder nach der Behandlung, die von Hospitalia Plus im Rahmen der Garantie schwere Krankheiten erstattet wurde, gestellt werden. Der Versicherte muss Hospitalia Assist sofort, spätestens aber innerhalb von 30 Tagen nach der Beantragung der Hilfe, alle angefragten Informationen und Antworten übermitteln, um die Umstände und den Umfang der Bedürfnisse feststellen zu können.
Der Versicherte verpflichtet sich, die mit Hospitalia Assist vereinbarten Verpflichtungen in Bezug auf die Organisation der Unterstützung einzuhalten. Kommt der Versicherte einer der obengenannten Verpflichtungen nicht nach und besteht ein kausaler Zusammenhang zwischen der Nichterfüllung seiner Pflichten und dem Anspruch, mit nachteiligen Folgen für Hospitalia Assist, so kann Hospitalia Assist die Erstattung verweigern und die Leistungen im Verhältnis zur Höhe des erlittenen Schadens begrenzen. Jede betrügerische Absicht, absichtliche Unterlassung oder absichtliche Ungenauigkeit in der Erklärung führt immer zum Verlust aller Ansprüche auf die Versicherungsleistungen.
Stellt sich heraus, dass es sich bei dem Ereignis, das zu Leistungen geführt hat, nicht um einen gedeckten Schaden handelt, wird Hospitalia Assist die entstandenen Kosten vom Versicherten zurückfordern.

12.5. Garantien der Unterstützung

Für alle Begleit- und Betreuungsdienste ist die Intervention von Hospitalia Assist auf höchstens 8 aufeinanderfolgende Stunden pro Intervention und 5 Interventionen pro Ereignis begrenzt. Die Erstattung von höchstens 40 Stunden für schulische und pädagogische Unterstützung ist jedoch auf Sitzungen von 2 bis zu 4 Stunden pro Sitzung begrenzt, wobei höchstens 5 Sitzungen vor Ort stattfinden.
Die übrigen Sitzungen werden per Videokonferenz durchgeführt. Bei der Anwendung dieser Begrenzung wird das Jahr berücksichtigt, in dem der Krankenhausaufenthalt oder die Leistung für die schwere Krankheit stattgefunden hat.

1. Während des Krankenhausaufenthaltes

Während eines gedeckten Krankenhausaufenthaltes organisiert und/oder erstattet Hospitalia Assist die nachfolgend beschriebenen Leistungen.

1.1. Haushaltshilfe

Wenn kein Angehöriger dem hospitalisierten Versicherten zu Hause helfen kann, organisiert und übernimmt Hospitalia Assist die Kosten einer Haushaltshilfe für die Durchführung folgender Dienstleistungen: Reinigung (Haushaltshilfe), Bügeln, Essen zubereiten für die Personen, die unter demselben Dach leben.
Jede Dienstleistung dauert mindestens 4 (vier) Stunden einschließlich der Anfahrtszeit zum Wohnort des Versicherten und kann von Montag bis Samstag zwischen 8 Uhr und 19 Uhr erbracht werden, mit Ausnahme von Feiertagen.

1.2. Kinderbetreuung

Wenn der Versicherte, Vater oder Mutter eines oder mehrerer minderjähriger Kinder, nicht in der Lage ist, das Kind zu betreuen und kein Angehöriger bei der Betreuung helfen kann, organisiert und erstattet Hospitalia Assist die

Betreuung des oder der Kinder des hospitalisierten Versicherten.
Jede Betreuung dauert mindestens 4 (vier) Stunden pro Tag, einschließlich der Anfahrtszeit zum Wohnort des Versicherten und kann von Montag bis Samstag zwischen 8 Uhr und 19 Uhr erbracht werden, mit Ausnahme von Feiertagen.
Die Aufgabe besteht darin, das Kind des hospitalisierten Versicherten zu Hause zu halten, Mahlzeiten zuzubereiten und die tägliche Betreuung des Kindes zu übernehmen. Während seiner Anwesenheit kann der Betreuer die Kinder zum Kindergarten, zur Schule oder zu ihren außerschulischen Aktivitäten begleiten und wieder abholen.
Diese Leistung wird auch im Falle einer von MLOZ Insurance erstatteten Hausgeburt oder bei einer von MLOZ Insurance erstatteten Geburt während des Krankenhausaufenthaltes der Mutter oder direkt nach diesem Aufenthalt der Mutter im Krankenhaus (höchstens 2 Nächte) gewährt. Diese Leistung wird nur in den 5 Tagen nach der Geburt gewährt.

1.3. Betreuung von Haustieren

Hospitalia Assist organisiert und erstattet die Betreuung, einschließlich der Verpflegungskosten oder den Transport von Haustieren (Hunde und Katzen) zu einem Angehörigen mit Wohnsitz in Belgien, der von dem hospitalisierten Versicherten bezeichnet wurde. Die betroffenen Tiere müssen alle gesetzlich vorgeschriebenen Impfungen erhalten haben.

1.4. Schulische und pädagogische Unterstützung

Hospitalia Assist organisiert und leistet schulische und pädagogische Hilfe für minderjährige Kinder, die aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes an mehr als 14 aufeinander folgenden Tagen den Unterricht nicht besuchen können.
Diese Unterstützung wird nach ausdrücklicher Zustimmung der Gesundheitseinrichtung für die effektive Dauer des laufenden Schuljahres während der normalen Schultage gewährt und endet, sobald das Kind den normalen Schulbesuch wieder aufgenommen hat oder am Ende des Schuljahres.

1.5. Transport einer vom Versicherten bestimmten Person

Wenn, während des gedeckten Krankenhausaufenthaltes
- Kinder/Enkelkinder, die unter dem gleichen Dach wie der Versicherte leben, zur Schule und/oder zu einem Angehörigen gebracht werden müssen,
- die Angehörigen den Versicherten im Krankenhaus besuchen möchten oder sich um die Kinder/Enkelkinder, die unter dem gleichen Dach wie der Versicherte leben, kümmern möchten,

organisiert und erstattet Hospitalia Assist den Hin- und Rücktransport für den Fall, dass sie nicht mit eigenen Mitteln fahren können. Für alle Transportleistungen ist die Erstattung von Hospitalia Assist auf 125,00 € pro Transport und auf 250,00 € pro Ereignis begrenzt.

2. Nach einem gedeckten Ereignis (Krankenhausaufenthalt, schwere Krankheit)

Falls der Versicherte nach einem gedeckten Ereignis laut ärztlicher Verordnung nicht in der Lage ist, seinen täglichen Verrichtungen nachzugehen, so organisiert und erstattet Hospitalia Assist die nachfolgend beschriebenen Leistungen.

2.1. Krankenwache nach einem Tagesaufenthalt

Innerhalb von 24 Stunden organisiert und übernimmt Hospitalia Assist die Kosten für eine Krankenwache zu Gunsten des alleinstehenden hospitalisierten Versicherten im Krankenhaus, dies während der Nacht, die dem Tagesaufenthalt innerhalb von 12 Stunden folgt, zwischen 19 Uhr und 8 Uhr.
Um diesen Dienst in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte:
- dem Betreuer ein ärztliches Attest des behandelnden Arztes des Tagesaufenthaltes liefern, der vermerkt, dass ein Tagesaufenthalt stattgefunden hat und dass eine Aufsicht, die keine Krankenpflege erfordert, erforderlich ist;
- über ein Telefon verfügen.

2.2. Haushaltshilfe

Wenn kein Angehöriger dem Versicherten im Haushalt helfen kann, organisiert und übernimmt Hospitalia Assist die Kosten einer Haushaltshilfe für die Durchführung folgender Dienstleistungen: Reinigung (Haushaltshilfe), Bügeln, Essen zubereiten. Jede Dienstleistung dauert mindestens 4 (vier) Stunden einschließlich Anfahrtszeit zum Wohnort des Versicherten und kann von Montag bis Samstag zwischen 8 Uhr und 19 Uhr erbracht werden, mit Ausnahme von Feiertagen.

2.3. Lieferung unbedingt notwendiger Einkäufe

Wenn der Versicherte nicht in der Lage ist sich zu bewegen und kein Angehöriger helfen kann, organisiert und erstattet Hospitalia Assist die Lieferung verschreibungspflichtiger Medikamente, die innerhalb der letzten 24 Stunden ärztlich verordnet wurden und die für den Versicherten absolut notwendig sind oder lebenswichtiger Güter, vorausgesetzt diese sind verfügbar. Der Kaufpreis dieser Güter bleibt zu Lasten des Versicherten. Bei Bedarf streckt Hospitalia Assist den Kaufpreis der Medikamente vor, der Versicherte muss diesen Betrag aber bei deren Aushändigung zurückzahlen.

2.4. Kinderbetreuung

Wenn der Versicherte, Vater oder Mutter eines oder mehrerer minderjähriger Kinder nicht in der Lage ist, das Kind zu betreuen und kein Angehöriger bei der Betreuung helfen kann, organisiert und erstattet Hospitalia Assist die Betreuung der Kinder.
Jede Betreuung dauert mindestens 4 (vier) Stunden pro Tag, einschließlich der Anfahrtszeit zum Wohnort des Versicherten und kann von Montag bis Samstag zwischen 8 Uhr und 19 Uhr erbracht werden, mit Ausnahme von Feiertagen. Die Aufgabe besteht darin, das Kind des Versicherten zu Hause zu halten, Mahlzeiten zuzubereiten und die tägliche Betreuung zu übernehmen. Während seiner Anwesenheit kann der Betreuer die Kinder zum Kindergarten, zur Schule oder zu ihren außerschulischen Aktivitäten begleiten und wieder abholen.
Diese Leistung wird auch im Falle einer von MLOZ Insurance erstatteten Hausgeburt oder bei einer von MLOZ Insurance erstatteten Geburt während des Krankenhausaufenthaltes der Mutter oder direkt nach diesem Aufenthalt der Mutter im Krankenhaus (höchstens 2 Nächte) gewährt.
Diese Leistung wird nur in den 5 Tagen nach der Geburt gewährt.

2.5. Betreuung von Haustieren

Nach einem gedeckten Krankenhausaufenthalt organisiert und erstattet Hospialia Assist die Betreuung oder den täglichen Spaziergang der Haustiere (Hunde und Katzen, andere Tiere sind ausgeschlossen).

2.6. Schulische und pädagogische Unterstützung

Hospitalia Assist organisiert und erstattet schulische und pädagogische Hilfe für minderjährige Kinder, die an mehr als 14 aufeinander folgenden Tagen den Unterricht nicht besuchen können.
Diese Unterstützung wird für die effektive Dauer des laufenden Schuljahres während der normalen Schultage gewährt und endet, sobald das Kind den normalen Schulbesuch wieder aufgenommen hat oder am Ende des Schuljahres.

2.7. Transport für die Betreuung der Kinder/Enkelkinder des Versicherten

Wenn der Versicherte, Vater oder Mutter eines oder mehrerer minderjähriger Kinder nicht in der Lage ist, das Kind zu betreuen, organisiert und erstattet Hospitalia Assist die Hin- und Rückfahrt
- entweder eines Angehörigen oder einer Person, die in Belgien wohnt und die vom Versicherten bestimmt wurde, zu der Betreuung seiner unterhaltsberechtigten minderjährigen Kinder oder Enkelkinder;
- oder der minderjährigen Kinder/Enkelkinder zu einem vom Versicherten bestimmten Angehörigen mit Wohnsitz in Belgien, ggf. mit Begleitung der Kinder durch einen vom Versicherten oder Hospitalia Assist bestimmten Angehörigen.

2.8. Transport der Kinder zur Schule

Wenn der Versicherte seine Kinder nicht zur Schule bringen kann, organisiert und erstattet Hospitalia Assist den Transport der minderjährigen Kinder zur und von der Schule. Für alle Transportleistungen ist die Erstattung von Hospitalia Assist auf 125,00 € pro Transport und auf 250,00 € pro Ereignis begrenzt.

2.9. Nicht dringender Transport des Versicherten

Wenn der Versicherte sich nicht mit eigenen Mitteln fortbewegen kann, organisiert und erstattet Hospitalia Assist den Hin- und Rücktransport
- zum Krankenhaus oder zum medizinischen Zentrum für Nachuntersuchungen;
- zu einer medizinischen, paramedizinischen oder pharmazeutischen Einrichtung;
- zum Arbeitsplatz.

Für alle Transportleistungen ist die Erstattung von Hospitalia Assist auf 125,00 € pro Transport und auf 250,00 € pro Ereignis begrenzt.
Im Falle eines dringenden Krankenhausaufenthaltes muss sich der Versicherte prioritär an die nationalen Rettungsdienste wenden.

3. Zusätzliche Unterstützung

3.1. Nicht dringender Krankenhausaufenthalt

Im Falle eines ärztlich verordneten, aber nicht dringenden Krankenhausaufenthaltes, organisiert und erstattet Hospitalia Assist auf Anfrage des Versicherten:
- die Suche und Reservierung eines Platzes in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus in Belgien, im Rahmen der Verfügbarkeit in diesen Krankenhäusern;
- den Transport des Versicherten und den Transport von Angehörigen die unter einem Dach leben zu und von einem Krankenhaus in Belgien in der Nähe des Wohnortes des Versicherten.

Die Transportkosten werden ergänzend zu den Erstattungen der Sozialen Sicherheit oder jeder anderen Versicherungsgesellschaft, welcher der Versicherte angeschlossen ist, erstattet.
Im Falle eines dringenden Krankenhausaufenthaltes muss sich der Versicherte prioritär an die nationalen Rettungsdienste wenden.

3.2. Telefonische Unterstützung bei einem Krankenhausaufenthalt oder bei schwerer Krankheit

Hospitalia Assist bietet dem Versicherten folgende telefonische Hilfe:
- Telefonische Unterstützung durch einen Übersetzer, falls der Versicherte sprachliche Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit den medizinischen Behörden (Krankenhaus, medizinische und paramedizinische Pflegeleistende) hat.
- Das Versenden von Nachrichten an Angehörige im Falle eines plötzlichen und unerwarteten Ereignisses.
- Die Bereitstellung der Kontaktdaten
  - von paramedizinischen Pflegeeinrichtungen;
  - um die Apotheke oder den Bereitschaftsarzt zu kontaktieren;
  - von Heimpflegeeinrichtungen;
  - von Unternehmen, die medizinisches Hilfsmaterial verleihen.

3.3. Psychologischer Beistand

Nach einem gedeckten Ereignis (Krankenhausaufenthalt oder schwere Krankheit), das zu einem psychischen Trauma geführt hat, bietet Hospitalia Assist dem Versicherten und den Personen, die mit ihm unter einem Dach leben, einen telefonischen Assistenzdienst, erreichbar 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche, der die psychologische Erstbetreuung „on line“ durchführt und bei Bedarf an eine spezialisierte Hilfsorganisation weiterleitet.
Hospitalia Assist organisiert auch die psychologische Betreuung des Versicherten und der Personen, die mit ihm unter einem Dach leben und erstattet, falls erforderlich, bis zu 3 Konsultationen bei einem in Belgien anerkannten

Psychologen und 3 telefonische Konsultationen während höchstens 3 Monaten. Auf Anfrage des Versicherten, im Falle von privaten oder beruflichen Problemen, stellt Hospitalia Assist die Kontaktdaten von Selbsthilfeverbänden, die auf psychologische Hilfe spezialisiert sind, zur Verfügung. Die Erstattung des psychologischen Beistands ist auf 500,00 € pro Ereignis begrenzt.

12.6. Forderungsabtretung

Hospitalia Assist übernimmt die Rechte und Forderungen des Versicherten gegenüber Dritten bis zur Höhe der gezahlten Kosten. Kann die Forderungsabtretung aufgrund eines Verschuldens des Versicherten nicht durchgeführt werden, kann Hospitalia Assist den Versicherten auffordern, die gezahlte Erstattung bis zur Höhe des entstandenen Schadens an Hospitalia Assist zurückzuzahlen.

12.7. Ausschlüsse

Zusätzlich zu den von MLOZ Insurance vorgesehenen Ausschlüssen, sind auch folgende Fälle ausgeschlossen:
a. Krankenhausaufenthalt für eine normale Geburt (außer im Rahmen der Kinderbetreuung sowie bei offensichtlichen und unvorhersehbaren Komplikationen);
b. Alle Folgen der im Produkt Hospitalia Plus genannten Ausschlüsse.

Hospitalia Assist haftet nicht für Verzögerungen oder Ausfälle der vereinbarten Leistungen, insofern diese Verzögerungen oder Ausfälle auf nachstehende Fälle zurückzuführen sind:
- Höhere Gewalt;
- Unvorhersehbares Ereignis;
- Streik;
- Entscheidung der Behörden.

Diese Dienste werden angeboten von Hospitalia Assist, telefonisch erreichbar 24h/24h unter 02 560 47 88.

13. BEGRENZTE KOSTENÜBERNAHME

13.1. Jährliche Höchstgrenze

Die Erstattung für die Garantie schwere Krankheiten ist auf 7.000,00 € pro Jahr begrenzt.

13.2. Begrenzte Kostenübernahme im Falle einer bereits bestehenden Krankheit

Der Medizinische Berater von MLOZ Insurance kann dem Versicherungsnehmer auf Basis des medizinischen Fragebogens bei seiner Einschreibung mitteilen, dass die Kostenübernahme für ambulante Leistungen, die in direkter Verbindung mit einer bereits bestehenden Krankheit stehen, begrenzt ist.
Während der ersten 24 Monate der Mitgliedschaft kann der Medizinische Berater entscheiden, diese Begrenzung, wegen Unterlassung oder wegen unbeabsichtigter Ungenauigkeit in Bezug auf den Gesundheitszustand im medizinischen Fragebogen, anzuwenden. Der Selbstmordversuch kann von MLOZ Insurance bei der Feststellung des aktuellen Gesundheitszustands des Versicherten nicht berücksichtigt werden, wenn der Suizidversuch mehr als 1 Jahr vor dem Ausfüllen des medizinischen Fragebogens stattgefunden hat.
Eine vom Medizinischen Berater beschlossene Begrenzung ist auf eine minimale Dauer von 5 Jahren festgelegt. Nach Ablauf dieser Periode kann der Versicherungsnehmer auf eigenen Wunsch eine Neubewertung seiner Situation auf Grund einer neuen medizinischen Akte beantragen.

13.3. Nicht gedeckte Leistungen

MLOZ Insurance interveniert nicht:
- für medizinische, pharmazeutische und im Krankenhaus erhaltene Leistungen, die ästhetischer Art sind oder mit refraktiver Chirurgie zusammenhängen und/oder medizinisch nicht notwendig sind und für Kosten, die der Mehrwertsteuer unterliegen;
- für Leistungen der Art „Verjüngungskuren";
- für Leistungen zu Gunsten eines Versicherten, welcher den Besuch eines Arztes, einer Pflegerin oder eines Sozialarbeiters, der durch MLOZ Insurance bezeichneten wurde, verweigert;
- für Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen und Arzneimitteln und/oder solche, die nicht „evidenzbasiert" sind, die keine wissenschaftliche Grundlage haben;
- für Kosten deren Berechnung illegal ist oder deren Rechnungsstellung nicht vom belgischen Gesetz erlaubt ist.

14. ZUSAMMENTREFFEN MEHRERER VERSICHERUNGEN

14.1. 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 werden nach Abzug dieser Intervention errechnet. Sollte der Versicherte aus irgendeinem Grund kein Anrecht auf eine oder mehrere dieser Interventionen haben, so interveniert MLOZ Insurance in demselben Maße wie für einen Versicherten, der Anrecht auf diese Interventionen hat. Von dieser letzten Bedingung wird abgesehen, wenn der Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grund nicht berechtigt ist, eine oder mehrere der obengenannten Erstattungen in Anspruch zu nehmen. In diesem Fall interveniert MLOZ Insurance in gleicher Höhe wie für einen Versicherten, der Anspruch auf diese Erstattung hat.

14.2. 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 verauslagten 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.

15. ERSTATTUNGEN

15.1. 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.

15.2. Medizinische Kontrolle

MLOZ Insurance hat das Recht, zu jeder Zeit den Gesundheitszustand des Versicherten und die Berechtigung der Leistungen durch den Medizinischen Berater kontrollieren zu lassen.

15.3. 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 der Garantie schwere Krankheiten vorgesehenen Vorteile erhalten kann, muss er ein von MLOZ Insurance vorgeschriebenes Dokument "Antrag auf Rückerstattung" ausfüllen und MLOZ Insurance alle zur Erstattung notwendigen Belege zur Verfügung stellen.
Um die Erstattungen hinsichtlich der Garantie schwere Krankheiten erhalten zu können, muss der Versicherungsnehmer alle Originalrechnungen oder deren Kopien und die Erstattungsabrechnung der Pflegebescheinigungen der Krankenkasse oder eine Kopie dieser Unterlagen einreichen.
Die Erstattung pharmazeutischen Kosten erfolgt auf Vorlage der „Bescheinigung der erstattbaren pharmazeutischen Leistungen im Rahmen einer zusätzlichen Versicherung" des Apothekers oder auf Vorlage einer (ambulanten) Rechnung des Krankenhauses.
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.

16. 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, 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.