

Versicherung ambulante Pflege

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



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

Medicalia

Alle vertraglichen und vorvertraglichen Informationen sind enthalten in den Allgemeinen Bedingungen, den Nachträgen, im Antrag auf Mitgliedschaft und dem Bestätigungsschreiben, das dem Versicherten bei der Annahme der Mitgliedschaft zugestellt wird.

Dieses Produkt unterliegt der belgischen Gesetzgebung.

Für weitere Informationen bezüglich eines Anschlusses an diese Versicherung wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Versicherung Medicalia ist eine freiwillige Versicherung des Typs „Entschädigung“, die zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung und den „Zusätzlichen Diensten“ der Krankenkasse abgeschlossen wird. Das Produkt bietet eine Garantie für die Kosten für ambulante Pflege außerhalb eines traditionellen Krankenhausaufenthaltes oder Tagesaufenthaltes.



Was ist versichert?

- ✓ Erstattung nach einer sechsmonatigen Wartezeit:
 - **alternative Therapien** (Ergotherapeuten, Ernährungsberater, Psychologen, Osteopathen, Chiropraktiker, Homöopathen, Akupunkteure, Orthopädagogen und Logopäden): 75 % des Rechnungsbetrages
 - **medizinische Honorare, Konsultationen, Besuche und technische Leistungen** von Ärzten und Paramediziner: 75 % der gesetzlichen Eigenanteile
 - **Augenpflege** (Brillengläser, Kontaktlinsen, Augenlaserbehandlung und Keratotomie): 75 % des Rechnungsbetrages
 - **Hörgeräte**: 75 % des Rechnungsbetrages
- ✓ Ohne Franchise.
- ✓ Freie Wahl des Leistungserbringers.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Medikamente.
- ✗ Zahnpflege.
- ✗ Leistungen im Zusammenhang mit ästhetischen Behandlungen.
- ✗ Leistungen der Art „Verjüngungskuren“.
- ✗ Leistungen von Leistungserbringern, die nicht von MLOZ Insurance anerkannt sind oder keine LIKIV-Nummer haben.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattungshöchstgrenze von 1.500 € pro Anschlussjahr.
- ! Alternative Therapien: bis zu 600 € pro Anschlussjahr.
- ! Augenpflege und Hörgeräte: bis zu 600 € pro Anschlussjahr für beide Materialarten zusammen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Deckung gilt für Leistungen und Materialien, welche in Belgien verschrieben und bereitgestellt werden.
- ✓ Der Kauf von Geräten kann in den Ländern der Europäischen Union getätigt werden.



Welche Verpflichtungen habe ich?

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



Wann und wie zahle ich?

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



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsvertrag beginnt am 1. Tag des Monats, nachdem der Versicherer den „Antrag auf Mitgliedschaft oder Wechsel des Produktes“ vollständig ausgefüllt erhalten hat, falls die erste Prämie eingegangen ist.

Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit geschlossen. Dennoch endet er bei Kündigung, bei Nichtzahlung der Prämien, bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse eines anderen Landesverbandes, im Falle von Betrug oder wenn der Versicherungsnehmer seine Eigenschaft als Mitglied der Krankenkasse verliert, weil er die Beiträge für die Zusatzversicherung seiner Krankenkasse nicht gezahlt hat.

Ab dem 1. Juli 2022 werden keine neuen Mitglieder in die Versicherung für ambulante Pflege Medicalia aufgenommen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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

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

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