

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT ODER WECHSEL DES PRODUKTES

Art des Antrags Neue Mitgliedschaft Wechsel des Produktes
 Falls Sie Ihre Versicherungsverträge beenden möchten, müssen Sie einen Antrag auf Beendigung einreichen.

A. KONTAKTANGABEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS (einen Antrag pro Hauptversicherter)

1. Name

Vorname

Straße Nr. Bk.

Postleitzahl Ortschaft

Telefonnr. (privat) Handynr.

Geburtsdatum

2. E-Mail-Adresse, die für Mitteilungen bezüglich der abgeschlossenen Versicherung an die in der Rubrik B genannten Versicherungsnehmer verwendet werden kann. Dies gilt als Einverständnis, dass keine Mitteilungen mehr in Papierform zugestellt werden, sobald die elektronische Informationsform verfügbar ist.
@.....

3. **SPRACHE** DE FR NL EN
 (falls nicht angekreuzt, wird die deutsche Sprache als Ihre gewünschte Sprache angesehen)

4.

Nr. des Nationalregisters

 oder
 kleben Sie hierhin eine Vignette

5. **BANKANGABEN** IBAN

BIC

Zahlung der Beiträge per Einzugsermächtigung Zahlungsaufforderung
 Periodizität der Zahlung Jahr Semester Trimester Monat (insofern Einzugsermächtigung)

6. **ZÄHLER** (nur auszufüllen, falls es sich nicht um den Versicherungsnehmer selbst handelt)

Identität

Straße Nr. Bk.

Postleitzahl Ortschaft

B. VERSICHERUNGSNEHMER UND VERSICHERTE

7. NAME UND VORNAME ALLER VERSICHERTEN	Geschlecht		Geburtsdatum							
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W								
Versicherungsnehmer A	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W								
Versicherter B	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W								
Versicherter C	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W								
Versicherter D	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W								
Versicherter E	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W								
Versicherter F	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W								

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

Für eine Versicherung der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit "MLOZ Insurance"

Diese Analyse muss immer vor der Eintragung ausgefüllt werden: Hospitalia, Hospitalia Plus und Hospitalia Kontinuität (10 A) – Dentalia Plus (10C)

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

8. Sie sind bereits durch eine Versicherung gedeckt:

	Name des Versicherers*	Name des Produktes*
<input type="checkbox"/> Krankenhausversicherung		
<input type="checkbox"/> Zahnpflegeversicherung		

* fakultativ

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

<input type="checkbox"/> Krankenhausversicherung
<input type="checkbox"/> Zahnpflegeversicherung

Wichtige Informationen:

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

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

Sie bitten den Versicherer folgendes Risiko zu decken:

10 A. KRANKENHAUSAUFENTHALT

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

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes bevorzugen Sie folgende Zimmerart:

Einzelzimmer Zweibett- oder Mehrbettzimmer

Für die Pflege vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt, möchten Sie eine Garantie, die Ihnen Anrecht gibt auf eine Rückerstattung der Kosten

für Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt für Pflege vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

In Bezug auf die Kosten verursacht durch eine schwere Krankheit möchten Sie:

sich nicht versichern sich versichern

10 B. NICHT ANWENDBAR

10 C. ZAHNPFLEGE

In Bezug auf die Zahnpflege möchten Sie, neben der gesetzlich vorgesehenen Erstattung, weitere Erstattungen erhalten für vorsorgende oder heilende Zahnpflege, Kieferorthopädie, Parodontologie sowie für Implantate und Prothesen.

11. Andere spezifische Anforderungen oder Bedürfnisse:

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

D. KONTAKT MIT BERATUNG

Sie hatten Kontakt mit einem Kundenberater der Krankenkasse, wobei dieser Fragebogen ausgefüllt wurde.

AUSZUFÜLLEN VOM KUNDENBERATER DER KRANKENKASSE

Name und Vorname des Kundenberaters:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Auf Grundlage der vorhergehenden Analyse Ihrer Anforderungen und Bedürfnisse empfehlen wir Ihnen folgende(s) Versicherungsprodukt(e) der VaG "MLOZ Insurance" für den Versicherungsnehmer und die Versicherten:

Hospitalia Plus
 Hospitalia
 Hospitalia Kontinuität
 Medicalia
 Dentalia Plus

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

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

Begründung des Mitarbeiters bezüglich der empfohlenen Produkte (dieses Feld muss ausgefüllt werden):

(*) Reihenfolge wie in Rubrik B

AUSZUFÜLLEN VOM VERSICHERUNGSNEHMER: KREUZEN SIE BITTE IHRE WAHL AN

12. Ich, „Versicherungsnehmer“ folge dem oben vermerkten Rat und möchte mich den empfohlenen Versicherungsprodukten anschließen. Ich bestätige, dass der Inhalt des von mir ausgewählten Versicherungsvertrages meinen Anforderungen und Bedürfnissen entspricht, und dass ich ausdrücklich auf den Umfang der Leistungen und auf die Begrenzungen dieses Versicherungsproduktes hingewiesen wurde. Der Kundenberater hat mir die Allgemeinen Bedingungen des gewählten Versicherungsproduktes erklärt und mir alle zusätzlichen nützlichen Informationen ausgehändigt und/oder mich auf die Rubrik der Internetseite verwiesen, auf der diese Informationen zur Verfügung stehen.
(direkt weiter zu Rubrik F)
13. Ich, „Versicherungsnehmer“ folge nicht dem Rat des Kundenberaters der Krankenkasse.
(weiter zu Rubrik E)

E. KONTAKT OHNE BERATUNG ODER NICHT BEFOLGTE EMPFEHLUNG

Füllen Sie diese Rubrik aus, falls Sie keinen Kontakt mit einem Kundenberater der Krankenkasse gehabt haben oder falls Sie sich für ein anderes als das vom Kundenberater empfohlene Produkt versichern lassen möchten: Kreuzen Sie Ihre Wahl an

14. Ich, „Versicherungsnehmer“ habe die Bedürfnisanalyse selbst ausgefüllt, ohne den Rat eines Kundenberaters. Ich bestätige ausdrücklich, dass ich über den Umfang der Leistungen und über die Begrenzungen dieses Versicherungsproduktes, welches meinen Bedürfnissen und Anforderungen entspricht, informiert bin, sei es durch ein Schriftstück oder über die Internetseite.

15. Ich, „Versicherungsnehmer“ folge nicht dem obengenannten Rat und bestätige ausdrücklich, dass ich mich für folgende(s) Versicherungsprodukt(e) eintragen lassen möchten. Ich bestätige, dass der Inhalt des von mir ausgewählten Versicherungsvertrages meinen Anforderungen und Bedürfnissen entspricht, und dass ich auf den Umfang der Leistungen und auf die Begrenzungen dieses Versicherungsproduktes hingewiesen wurde. Der Kundenberater hat mir die Allgemeinen Bedingungen des von mir gewählten Versicherungsproduktes erklärt und mir alle zusätzlichen nützlichen Informationen ausgehändigt und/oder mich auf die Rubrik der Internetseite verwiesen, auf der diese Informationen zur Verfügung stehen.

16. Ich, „Versicherungsnehmer“ und die Versicherten möchten uns für folgende(s) Versicherungsprodukt(e) eintragen lassen:
 Hospitalia Plus Hospitalia Hospitalia Kontinuität Medicalia Dentalia Plus

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

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

(*) Reihenfolge wie in Rubrik B

F. Ausgestellt in einfacher Ausführung, wovon eine Kopie für den Versicherungsnehmer bestimmt ist.

18. Ausgestellt in

19. Am 20

20.

Versicherungsnehmer	Unterschrift

Unterschrift des Kundenberaters

Durch die Unterzeichnung des vorliegenden Antrags erkläre ich, die Information bezüglich des Datenschutzes (siehe Seite 5 des Formulars) zur Kenntnis genommen zu haben. Ich verpflichte mich dazu, die Satzung der VaG einzuhalten. Jegliche vorsätzliche Unterlassung oder fälschliche Erklärung wird die Annullierung der Mitgliedschaft zur Folge haben. Für jeden Antragsteller eines Hospitalia-Produktes füge ich einen medizinischen Fragebogen bei, in verschlossenem Umschlag z.Hdn. des Medizinischen Beraters. Um die Bearbeitung meiner Kostenerstattung zu erleichtern, erlaube ich hiermit der VaG "MLOZ Insurance", das Detail der durch die Pflichtversicherung erstatteten Rechnung bei meiner Krankenkasse zu beantragen.

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

Jede Person kann sich der VaG (Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit) "MLOZ Insurance" anschließen und angeschlossen bleiben unter der Bedingung, dass er den „Zusätzlichen Diensten“ einer der folgenden 5 Sektionen angeschlossen ist (Mitglieder des Landesbundes der Freien Krankenkassen): OZ (501) - Omnimit (506) - Partenamat (509) - Freie Krankenkasse (515) - Partena Ziekenfonds (526).

Sie entscheiden sich für die Deckung: entweder für Hospitalia, für Hospitalia Plus oder für Hospitalia Kontinuität oder Sie entscheiden sich für die Zahnpflegeversicherung Dentalia Plus.

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

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

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

Es braucht kein medizinischer Fragebogen ausgefüllt zu werden bei Anschluss an Dentalia Plus, ebenso nicht bei einem Wechsel von „Hospitalia und Hospitalia Plus“ zu „Hospitalia“ oder zu „Hospitalia Kontinuität“.

ANRECHT AUF ERSTATTUNGEN

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

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

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

ZAHLUNGSMODALITÄTEN DER BEITRÄGE

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

Der Versicherungsnehmer, der seine Beiträge nicht vor dem 1. Tag des Trimesters gezahlt hat, erhält eine Mahnung per Einschreibebrief. Er wird dazu aufgefordert, seine Beiträge innerhalb einer Frist von 15 Tagen zu zahlen, ab dem Tag nach Einreichen des Einschreibebriefes bei der Post. Diese Mahnung informiert den Versicherten über die Aufhebung der Leistungen bei Nicht-Zahlung der Beiträge innerhalb der genannten Frist. Sie stellt den Ausgangspunkt einer Frist von 45 Tagen dar, nach deren Ablauf bei Nicht-Zahlung ein automatischer Ausschluss erfolgt.

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

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

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

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

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

Laut Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Schutz der Privatsphäre hinsichtlich der Bearbeitung von persönlichen Daten, werden Ihre Angaben Bestandteil einer automatisierten Verarbeitung in der Datei der VaG "MLOZ Insurance" sein (Unternehmensnummer 422.189.629, route de Lennik 788A in 1070 Brüssel) mit dem Ziel einer ordnungsgemäßen Behandlung Ihrer Akte.

Mittels Ankreuzen dieses Kontrollkästchens , erlaube ich der VaG, mich für Marketing-Zwecke zu kontaktieren und/oder zu informieren, falls meine Daten an einen Partner übermittelt werden.

Falls Sie es wünschen, können Sie Ihre Angaben gemäß dem Gesetz über den Schutz der Privatsphäre vom 8. Dezember 1992 beim Verantwortlichen der VaG einsehen, sie berichtigen oder streichen lassen.