

Krankenhausversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Hospitalia

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.

Dieses Dokument ist rein informativ und soll einen Überblick über die wichtigsten Deckungen und Ausschlüsse geben. Folglich können hieraus keine Rechte geltend gemacht werden. 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.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Versicherung Hospitalia ist eine optionale Versicherung des Typs „Entschädigung“, die zusätzlich zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen wird. Das Produkt bietet eine Basisversicherung im Falle eines Krankenhausaufenthaltes oder eines Tagesaufenthaltes aufgrund von Krankheit, Unfall oder Geburt. Die Kosten für medizinische Pflege werden innerhalb von 30 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt oder Tagesaufenthalt erstattet.



Was ist versichert?

- ✓ In Belgien, Erstattung nach einer sechsmonatigen Wartezeit:
 - Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht, oder Tagesaufenthalt, in einem Einzelzimmer, Zwei- oder Mehrbettzimmer
 - Eigenanteile an den Notdiensten am Tag der Krankenseinlieferung, sowie Eigenanteile an der medizinischen Pflege und den Medikamenten innerhalb von 30 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt
 - andere Erstattungen, wie die Entbindung zu Hause, ein vorübergehender Aufenthalt in einem Genesungshotel oder Pflegeheim nach einem Krankenhausaufenthalt, Kinderbetreuung während oder nach dem Krankenhausaufenthalt,...
- ✓ Die Deckung umfasst:
 - die Aufenthaltskosten
 - die pharmazeutischen Produkte
 - die Honorare
 - Prothesen, Implantate und andere Lieferungen
 - das Rooming-In
 - diverse Kosten
 - die gesetzlichen Anzahlungen
- ✓ Die Franchise gilt nicht bei Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer und für Tagesaufenthalt in einem beliebigen Zimmer.
- ✓ Die Begrenzungen aufgrund einer bereits bestehenden Krankheit, einem bereits bestehenden Leiden oder eines bereits bestehenden Zustandes gelten nicht bei Krankenhausaufenthalt oder Tagesaufenthalt in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer.
- ✓ Im Ausland: Erstattung bei Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht nach einer 6-monatigen Wartezeit.
- ✓ Freie Wahl des Krankenhauses, des Zimmers und des Arztes.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Toiletten- und Kosmetikprodukte, Nahrungsmittel, Weine, Mineralwasser und Ausgaben für Komfort.
- ✗ Leistungen im Zusammenhang mit ästhetischen Behandlungen.
- ✗ Zahnprothesen und -implantate und alle damit verbundenen Leistungen.
- ✗ Leistungen der Art „Verjüngungskuren“.
- ✗ Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen und Arzneimitteln.
- ✗ Kosten für medizinische Behandlungen, die mit Absicht im Ausland durchgeführt werden und die nicht vom Vertrauensarzt der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigt wurden.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erstattungshöchstgrenze: 25.000 € pro Versicherter und pro Kalenderjahr.
- ! Franchise von 150 € pro Krankenhausaufenthalt von mindestens einer Nacht in einem Einzelzimmer in Krankenhäusern, welche Honorarzuschläge von mehr als 200 % im Verhältnis zum gesetzlichen Erstattungstarif berechnen. Die Liste der Krankenhäuser kann eingesehen werden unter www.hopitauxfranchise.be.
- ! Zimmerzuschläge im Einzelzimmer: bis zu 80 € pro Tag.
- ! Honorarzuschläge: Erstattung in Höhe von maximal 100 % des gesetzlich vorgesehenen Tarifs.
- ! Begrenzte Kostenübernahme, falls eine Krankheit, ein Leiden oder ein Zustand bereits vor der Eintragung in Hospitalia bestand, bei Krankenhausaufenthalt im Einzelzimmer (Ausschluss von Zimmer- und Honorarzuschlägen).



Wo bin ich versichert?

- ✓ Diese Deckung gilt weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bei Vertragsabschluss: Der Versicherungsnehmer muss einen Antrag auf Mitgliedschaft und einen medizinischen Fragebogen ausfüllen. Er hat den Versicherer über alle Faktoren zu informieren, die die Übernahme des Risikos beeinflussen können. Die Beiträge müssen ebenfalls gezahlt werden.
- Während des Vertrages: Der Versicherungsnehmer muss alle Änderungen melden, die sich auf den Beitrag 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 alle zur Erstattung notwendigen Belege zur Verfügung stellen.



Wann und wie zahle ich?

Ab dem Zeitpunkt des Anschlusses ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Beitrag 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“ und den „Medizinischen Fragebogen“ vollständig ausgefüllt erhalten hat, falls der erste Beitrag eingegangen ist. Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit geschlossen. Dennoch endet er bei Kündigung, bei Nicht-Zahlung der Beiträge, bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse eines anderen Landesverbandes oder im Falle von Betrug.



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.