

SCHWERE UND KOSTSPIELIGE KRANKHEIT

Jährliche Ausgabenaufstellung

Gültig für Ihre Ausgaben ab dem 1. Januar 2017



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

A. Allgemeine Auskünfte

Name und Vorname:

Anschrift:

Art der Krankenhausversicherung (KHV):

Versicherungsnummer: Hospi +

Telefon oder Handy: Hospi +100

E-Mail-Adresse: Hospi +200

Oder ersatzweise Erkennungsaufkleber der Krankenkasse

B. Informationen für die Erstattung

Die Kostenerstattung wird auf das übliche Bankkonto überwiesen, das unseren Dienststellen bekannt ist.

C. Ausgabenaufstellung

Betreffendes Jahr:

Diese Aufstellung bitte nur ein einziges Mal vor dem 31. Dezember des Jahres nach dem Jahr einreichen, auf das sich die Ausgaben beziehen.

Um eine Kostenerstattung über den Ihnen bereits überwiesenen Festbetrag hinaus zu erhalten, müssen die zulässigen Ausgaben folgende Beträge überschreiten:

- 200 Euro, wenn Sie die Hospi + besitzen;
- 400 Euro wenn Sie die Hospi +100 oder die Hospi + 200 besitzen.

Sie erhalten 50% der zulässigen Ausgaben abzüglich des Festbetrags, der Ihnen bereits überwiesen wurde (100 Euro für die Hospi + und 200 Euro für die Hospi +100 oder 200), mit einer Gesamtbergrenze (Festbeträge und ausgabenbedingte Erstattungen zusammen) von 250 Euro für die Hospi + und 2000 Euro für die Hospi +100 oder 200.

Art der Ausgaben	Beizufügende Belege
Nicht erstattbare Arzneimittel / Produkte ¹	(Zusatzversicherungs-)Vordruck BV/AC des Apothekers (siehe auch auf der Rückseite).
Transporte / Fahrten / Parken ¹	Fahrscheine für öffentliche Verkehrsmittel Bescheinigung über die zurückgelegten Kilometer, Parkschein (siehe auch auf der Rückseite).
Nicht erstattbare Leistungen des Bandagisten / Orthopädie ¹	Rechnung oder Abgabebescheinigung des Fachhändlers (siehe auch auf der Rückseite).
Ernährungsberater / Ergotherapeut / Ästhetiker / Podologe / Psychologe / Osteopath ¹	Rechnung, Quittung oder Bescheinigung des Leistungserbringers (siehe auch auf der Rückseite).
Behandlung zur Erhaltung der Fruchtbarkeit	Rechnung der Einrichtung, in der die Behandlung stattfindet

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass für diese Kosten keine andere Erstattung gewährt wurde, und die Leistungen in Zusammenhang mit dem angegebenen Krankheitsbild stehen.

Datum: _ _ - _ _ - _ _ _ _

Unterschrift:

Diese Erklärung ist ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben bei Ihrer Regionalkrankenkasse abzugeben.

PRAKTISCHE HINWEISE

Erinnerung: nur Kosten, die im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild stehen, werden berücksichtigt.

- ◆ **Nicht erstattbare Arzneimittel / Produkte:**
Nur solche, die in Zusammenhang mit dem vorliegenden Krankheitsbild verordnet wurden und die für die keine andere Kostenerstattung erfolgt ist. Auf Vorlage der urschriftlichen Belege.
- ◆ **Transporte / Fahrten / Parken:**
Nur solche, für die keine andere Kostenerstattung erfolgt ist.
Fahrschein für öffentliche Transporte bzw. Parkschein.
Privatfahrzeug: Aufstellung mit Datum/Daten der Fahrten, Ort der Abfahrt und Ankunft (Adresdaten der Einrichtung oder des Leistungserbringers), zurückgelegte Kilometer Hin- und Rückfahrt.
- ◆ **Nicht erstattbare Leistungen des Bandagisten / Orthopädie:**
Nur solche, die in Zusammenhang mit dem vorliegenden Krankheitsbild verordnet wurden.
Die Rechnung oder Abgabebescheinigung ist beim Fachhändler anzufordern.
- ◆ **Ernährungsberatung / Ergotherapeut / Ästhetiker / Podologe / Psychologe / Osteopath:**
Die Rechnung oder Leistungsbescheinigung ist beim Leistungserbringer anzufordern.
- ◆ **Behandlungen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit:**
Wenn der Patient die im Artikel 76bis des Königlichen Erlasses vom 4. Juni 2003 genannten Bedingungen erfüllt.

Rechtsklauseln

Ich erlaube meiner Krankenkasse, der CKK-Assura die Daten meiner Akte für die im Versicherungsvertrag genannten Personen (Verwaltungsdaten, Rechnungen und Kostenerstattungen, Unfallakte usw.) zu übermitteln, um

- die Bearbeitung und die Genauigkeit meiner Versichertenakte zu verbessern,
- die Versicherten gegebenenfalls proaktiv auf dem Laufenden zu halten,
- die Erfüllung der Vertragsbestimmungen zu überwachen und insbesondere die Erstattungen im Rahmen von Schadensfällen mit Fremdverschulden gegenüber Dritten zurückzufordern,
- die Versicherungsdienstleistungen zu erbringen und zu verwalten, einschließlich der Erstellung von Statistiken.

Ich erlaube der CKK-Assura, meiner Krankenkasse die Auskünfte meiner CKK-Assura-Akte für die im Versicherungsvertrag genannten Personen zu übermitteln, die zur korrekten Erbringung der Dienstleistungen und Vorteile der CKK-Zusatzleistungen sowie der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich sind.

Die CKK-Assura übermittelt Dritten diese Daten nur wenn dies für die Durchführung des Versicherungsvertrags und/oder die Erfüllung der gesetzlichen Rechte und Pflichten der CKK-Assura erforderlich ist (z.B. Rückforderungen gegenüber haftpflichtigen Dritten).

Ich kann die Informationen erhalten, die die CKK-Assura über die im Versicherungsvertrag genannten Personen besitzt. Unstimmige Daten kann ich korrigieren oder entfernen lassen. Ich habe das Recht, mich der Verwendung meiner Daten zu Direktmarketingzwecken zu widersetzen. Zu diesem Zweck ist ein schriftlicher, datierter und unterzeichneter Antrag an die VGaG CKK-Assura mit einer Kopie meines Ausweises zu schicken.

Solimut : Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, dem Krankenkassengesetz vom 6. August 1990 unterstellt - ZDU 0471.458.008

CKK-Assura: Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (VGaG), von der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen unter der Nummer 150/02 für den Zweig 2 "Krankheit" zugelassen - ZDU 0834.322.140 mit Sitz in der Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel (Belgien)