

Krankenhausversicherung Hospi +200

MERKBLATT ZUM VERSICHERUNGSPRODUKT

Versicherungsgesellschaft: Versicherungsgesellschaft
auf Gegenseitigkeit der Christlichen Krankenkassen - CKK-Assura

Produkt: Hospi +200

Zulassungsnummer KAK 150/02



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Dieses Merkblatt soll Ihnen lediglich einen Überblick über die wichtigsten Versicherungsleistungen und die Ausschlüsse für dieses Produkt geben. Es ist nicht auf Ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten, und die darin enthaltenen Informationen sind nicht vollständig. Weitere Auskünfte zu diesem Produkt, Ihren Rechten und Pflichten entnehmen Sie bitte den allgemeinen Bestimmungen, Änderungen, dem Versicherungsantrag, der Annahmestätigung, den besonderen Bestimmungen und den eventuellen Änderungen.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Hospi +200-Versicherung ist eine wahlfreie Krankenhausversicherung, die für tatsächlich entstandene Kosten aufkommt. Sie ergänzt die Kostenerstattung der Sozialversicherung (GEPV) und gegebenenfalls die obligatorische Zusatzversicherung der Gegenseitigkeitsgesellschaft SOLIMUT „Hospi-Solidar“.



Was gehört zu den Versicherungsleistungen?

- ✓ Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus und in einer psychiatrischen Einrichtung in einem Mehrbett- oder Zweibettzimmer: Kostenerstattung bis zu dem von SOLIMUT in der „Hospi-Solidar“ vorgesehenen Selbstbehalt.
- ✓ Zuzahlungen aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers:
 - übertarifliche Honorare begrenzt auf 200% des Betrags der von der GEPV festgelegten Gebühr;
 - Zimmerzuschläge: maximal 100 € pro Tag.
- ✓ Erstattung von maximal 5000 € pro Aufnahme für Implantate, die nicht von der GEPV übernommen werden.
- ✓ Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung: Festbetrag von 10 € pro Tag, für maximal 30 Tage je Aufnahme.
- ✓ Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt: Kostenzuschuss für häusliche Hilfe durch Rechtspersonen, die von der CKK-Assura zugelassen sind:
 - für das Ausleihen von Sanitätsartikeln: die Erstattung ist auf 30 € pro Monat für maximal 3 Monate begrenzt;
 - für das Ausleihen von Notrufergeräten: die Erstattung ist auf 17 € pro Monat für maximal 3 Monate begrenzt.
- ✓ Erstattung ambulanter Leistungen, die nicht von der GEPV übernommen werden und mit einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit im Kalenderjahr vor dem Antrag auf Eröffnung der Akte zusammenhängen:
 - Festbetrag von 200 € je Kalenderjahr;
 - Erstattung von 50% der erstattungsfähigen Kosten zwischen 400 und 4000 €, begrenzt auf 1800 € je Kalenderjahr (Arzneimittel, pharmazeutische Produkte, Bandagistik, Fahrtkosten zu einer Einrichtung oder einem Leistungserbringer, paramedizinische Leistungen, Behandlung zum Erhalt der Fruchtbarkeit).



Was gehört nicht zu den Versicherungsleistungen?

- ✗ 100 € Selbstbehalt pro Kalenderjahr nur für Krankenhausaufenthalte im Einzelzimmer von Versicherten ab 18 Jahren.
- ✗ Telefonkosten über 3,72 € pro Tag.
- ✗ Bei folgenden vor- und nachstationären Kosten: Arzneimittel, Brillen und Linsen, Hörgeräte, Leistungen, die nicht von der GEPV erstattet werden, Kosten, die von der Solimut-Leistung „ambulante Versorgung von Kleinkindern“ übernommen werden, und vor- und nachstationäre Kosten, die durch einen nicht von der Versicherung gedeckten Krankenhausaufenthalt entstehen.
- ✗ Schwere und/oder kostspielige Krankheiten, die nicht in der Liste im Anhang zu den allgemeinen Bestimmungen aufgeführt sind
- ✗ Krankenhausaufenthalte, für die keine gesetzliche Kostenerstattung vorgesehen ist.



Gibt es Ausnahmen von der Garantie?

- ! Transportkosten.
- ! Aufenthalte in Altenheimen, Alten- und Pflegeheimen und Genesungsheimen.
- ! Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus der Ausübung eines Sports als Profisportler, eines bezahlten Sports, einschließlich Training, ergeben.
- ! Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte für kosmetische Behandlungen, Verjüngungen oder plastische Chirurgie.
- ! Zahnersatz oder Implantate.
- ! Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen, die keine wissenschaftliche Grundlage haben.
- ! Gips- und Dialysepauschalen im Sinne der GEPV.



Was gehört zu den Versicherungsleistungen?

- ✓ Erstattung eines Teils der Kosten für Leistungen, die bei einer Krankenhausbehandlung im Ausland erbracht werden:
 - wenn nach den tatsächlichen Kosten abgerechnet wird: maximal 100% der von der gesetzlichen Krankenversicherung des Behandlungslandes festgelegten Gebühr und 100% der nach belgischem Recht geltenden Gebühr für den Krankenhausaufenthalt;
 - wenn pauschal abgerechnet wird: höchstens 62 € pro Krankenhausverweiltag.

- ✓ Vor- und nachstationäre Kosten: gesetzliche Eigenanteile für medizinische und paramedizinische Leistungen und auf 100% des Betrags der GEPV-Gebührenordnung begrenzte übertarifliche Honorare, 30 Tage vor und 90 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt.



Wo bin ich abgesichert?

- ✓ In Belgien.

- ✓ Mit einer anderen Versicherungsdeckung (siehe oben):
 - in Ländern, die an ein bi- oder multilaterales Abkommen oder an europäische Projekte wie „Interreg“ gebunden sind;
 - für Begünstigte mit Hauptwohnsitz in einer Grenzregion: Leistungen in einer außerhalb des Staatsgebiets gelegenen Krankeneinrichtung in einem Umkreis von höchstens 25 km von ihrem Hauptwohnsitz.



Welches sind meine Verpflichtungen?

- Mitglied einer französisch- oder deutschsprachigen Christlichen Krankenkasse sein;
- unter 70 Jahre alt sein (oder über 70 Jahre mit ähnlicher Vorversicherung);
- eine sechsmontatige Wartezeit erfüllen (außer bei ähnlicher Vorversicherung oder bei Unfall);
- dem Versicherer jede Änderung der Anschrift oder der Haushaltszusammensetzung, die Tatsache, dass Sie den belgischen Sozialversicherungsgesetzen nicht mehr unterliegen und den Eintritt eines Schadensfalles so schnell wie möglich schriftlich mitteilen, indem Sie die zu diesem Zweck vorgesehenen Unterlagen sowie alle Originalbelege für die entstandenen Kosten verwenden;
- die Prämien zahlen, sobald die Fälligkeitsanzeige ergeht.



Wann und wie werden die Zahlungen durchgeführt?

Die Prämie wird im Voraus per Lastschrift oder Banküberweisung in der vereinbarten Häufigkeit bezahlt. Sie ist mit Erhalt der Fälligkeitsanzeige zu zahlen.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Die Deckung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf den Eingang des vom Versicherungsnehmer ausgefüllten und unterzeichneten Versicherungsantrags beim Versicherer folgt, sofern die Prämie bis zu diesem Zeitpunkt gezahlt wurde.

Der Vertrag wird auf Lebenszeit abgeschlossen. Er endet im Falle des Wechsels zu einem anderen Versicherungsträger, der Nichtzahlung von Prämien, der Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder bei Betrug.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Nach mindestens einem Versicherungsjahr kann der Versicherungsnehmer seinen Vertrag zum Ende des laufenden Quartals kündigen, sofern der Kündigungsantrag spätestens am letzten Tag des zweiten Monats des gleichen Quartals gestellt wurde. Andernfalls wird die Kündigung auf das Ende des folgenden Quartals verschoben.

Der Kündigungsantrag ist per Einschreiben, Gerichtsvollzieherbrief oder durch Hinterlegung des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung an die CKK-Assura zu richten.

