

CKK-Assura

KRANKENHAUSVERSICHERUNG



ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN 2021



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Inhaltsübersicht

TEIL 1	GEMEINSAME BESTIMMUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUSVERSICHERUNGEN	4
Artikel 1	Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung.....	4
Artikel 2	Auswirkungen der Nichtzahlung der Beiträge zur Zusatzversicherung (ZV) auf die Möglichkeit, Mitglied der CKK-Assura zu werden, auf die Mitgliedschaft in der CKK-Assura und auf die Wahrung der Möglichkeit, in den Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura zu gelangen.....	4
Artikel 3	Territorialer Geltungsbereich.....	4
Artikel 4	Vertragsabschluss.....	5
Artikel 5	Wirksamwerden des Versicherungsschutzes.....	6
Artikel 6	Die Wartezeit.....	6
Artikel 7	Befreiung von der Zeichnungspflicht.....	7
Artikel 8	Zweck des Vertrags.....	7
Artikel 9	Grundsatz der Solidarität.....	8
Artikel 10	Ausschluss - Ablehnung der Kostenübernahme.....	8
Artikel 11	Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten.....	8
Artikel 12	Kostenerstattungsverfahren.....	9
Artikel 13	Die Prämien.....	9
Artikel 14	Nichtzahlung der Prämie.....	9
Artikel 15	Vertrags- und Tarifänderungen.....	10
Artikel 16	Dauer und Ende des Versicherungsvertrags.....	10
Artikel 17	Schutz personenbezogener Daten.....	11
Artikel 18	Forderungsübergang und Rückforderung.....	12
Artikel 19	Aufgehoben.....	12
Artikel 20	Verjährungsfrist.....	12
Artikel 21	Korrespondenz und Beweisführung.....	12
Artikel 22	Streitigkeiten oder Beschwerden.....	12
TEIL 2	BESTIMMUNGEN, DIE AUSSCHLIEßLICH FÜR DIE HOSPI + GELTEN	13
Artikel 23	Festlegung der Prämie.....	13
Artikel 24	Bedingungen der Kostenerstattung.....	13
TEIL 3	BESTIMMUNGEN, DIE AUSSCHLIEßLICH FÜR DIE HOSPI +100 UND HOSPI +200 GELTEN	16
Artikel 25	Besondere Vertragszeichnungsbedingungen.....	16
Artikel 26	Festlegung der Prämie.....	16
Artikel 27	Kostenerstattungsverfahren.....	18
AANHANG 1 LISTE DER „SCHWEREN UND/ODER KOSTSPIELIGEN KRANKHEITEN“		21
AANHANG 2 LISTE DER ANERKANNTEN EINRICHTUNGEN		22
AANHANG 3 PRÄMIEN		23
AANHANG 4 ABKÜRZUNGEN		26
AANHANG 5 BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN		26

GEMEINSAME BESTIMMUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUSVERSICHERUNGEN

Artikel 1 – Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung

§1. Der in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebene Versicherungsschutz ist den Mitgliedern einer der CKK-Assura angeschlossenen Christlichen Krankenkasse vorbehalten. Die Mitgliedschaft in einer Christlichen Krankenkasse ist für die Dauer des Vertrages mit der CKK-Assura erforderlich.

Unter Mitglied ist zu verstehen:

- ein Mitglied einer Krankenkasse im Sinne von Artikel 2, 1° oder 2° des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991, die zum Zeitpunkt der vorliegenden allgemeinen Bestimmungen der CKK-Assura angehört, nämlich:
 - 109: Mutualité Chrétienne du Brabant wallon, Boulevard des Archers 54, 1400 NIVELLES
 - 128: Mutualité Chrétienne du Hainaut Oriental, Rue du Douaire 40, 6150 ANDERLUES
 - 129: Mutualité Chrétienne Hainaut-Picardie, Rue St Brice 44, 7500 TOURNAI
 - 130: Mutualité Chrétienne de Liège, Place du XX Août 38, 4000 LIEGE
 - 132: Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg, Rue de la Moselle 7-9, 6700 ARLON
 - 134: Mutualité Chrétienne de la Province de Namur, Rue des Tanneries 55, 5000 NAMUR
 - 135: Mutualité St-Michel, Boulevard Anspach 111-115, 1000 BRUXELLES
 - 137: Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen, Rue Lucien Defays 77, 4800 VERVIERS;
 - ein Mitglied einer angeschlossenen Krankenkasse im Sinne des Artikels 2, 3° des vorgenannten Königlichen Erlasses vom 7. März 1991, sofern es seit Beginn des in Artikel 2 quater Absatz 3 des vorgenannten Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 genannten Zeitraums für die dort genannten zusätzlichen Versicherungsleistungen seine Beiträge regelmäßig entrichtet hat.
- §2. Jeder eigenständig Versicherte im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände, der einen in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebenen Versicherungsschutz abschließen möchte, ist verpflichtet, dies für seinen gesamten Krankenkassenhaushalt zu tun: für sich selbst und seine(n) unterhaltsberechtigten Mitversicherten.
- §3. Jede Änderung der Zusammensetzung des Haushalts ist innerhalb von 30 Tagen schriftlich oder elektronisch an die CKK-Assura oder an einen der Versicherungsvermittler, dem das Mitglied angeschlossen ist, zu melden.
- §4. Die Rechte und Pflichten der Versicherten und der CKK-Assura richten sich nach dem Versicherungsvertrag, der sich aus diesen allgemeinen Bestimmungen, den besonderen Bestimmungen und etwaigen Änderungen ergibt.

Diese Dokumente unterliegen dem Gesetz vom 4. April 2014 über die Versicherungen, seinen Ausführungserlassen sowie dem Gesetz vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände.

Artikel 2 – Auswirkungen der Nichtzahlung der Beiträge zur Zusatzversicherung (ZV) auf die Möglichkeit, Mitglied der CKK-Assura zu werden, auf die Mitgliedschaft in der CKK-Assura und auf die Wahrung der Möglichkeit, in den Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura zu gelangen.

§1. Als „Zusatzversicherung“ gelten die in Artikel 3 Absatz 1 b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienstleistungen und die in Artikel 67 Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 mit verschiedenen Bestimmungen über die Organisation der Zusatzversicherung, die von einer angeschlossenen Krankenkasse, dem Krankenkassenlandesverband und der Gegenseitigkeitsgesellschaft, der die Krankenkasse angeschlossen ist, ausgerichtet werden.

- §2. Das Mitglied, das Anspruch auf die Vorteile der Zusatzversicherung hat,
- kann eine CKK-Assura-Versicherung abschließen und
 - bei Zahlung seiner Prämien in den Genuss des Versicherungsschutzes der CKK-Assura kommen.
- §3. Das Mitglied, dessen Anspruch auf die Zusatzversicherungsleistungen ausgesetzt ist,
- kann eine CKK-Assura-Versicherung abschließen, kommt aber nur dann in den Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura, wenn die Prämien bezahlt werden,
 - bleibt weiterhin in Genuss der Versicherungsleistungen der CKK-Assura, sofern seine Prämien der CKK-Assura gezahlt werden.
- §4. Das Mitglied, dessen Möglichkeit, die Vorteile der Zusatzversicherung zu nutzen, aufgehoben wird,
- kann keine CKK-Assura-Versicherung abschließen und deren Versicherungsschutz in Anspruch nehmen,
 - wird von der CKK-Assura aus dem Versicherungsvertrag gekündigt und erhält auch bei Zahlung seiner Prämien keine Versicherungsleistungen mehr aus der CKK-Assura-Versicherung.

Artikel 3 – Territorialer Geltungsbereich

- §1. Die Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen kann:
- der Versicherte mit gewöhnlichem Aufenthalt in Belgien,
 - der Versicherte mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland, sofern er weiterhin der PV unterliegt.
- §2. Alle wahlfreien Versicherungen der CKK-Assura decken Krankenhausaufenthalte und Leistungen, die auf belgischem Gebiet erbracht werden.

Die Hospi +, Hospi +100 und Hospi +200 umfassen auch die Krankenhausaufenthalte außerhalb des nationalen Hoheitsgebiets, im Rahmen eines bi- oder multilateralen Abkommens oder im Rahmen von europäischen Projekten vom Typ „Interreg“. Außerhalb des Staatsgebiets gewährte Leistungen werden auch Begünstigten mit Hauptwohnsitz in einer Grenzregion gewährt, die in einer außerhalb des Staatsgebiets gelegenen Krankeneinrichtung in einem Umkreis von höchstens 25 km um ihren Hauptwohnsitz behandelt werden (Art. 294, 7° des Königlichen Erlasses vom 2. Juli 1996).

Artikel 4 – Vertragsabschluss

- §1. Der Vertrag kann durch einen Versicherungsantrag abgeschlossen werden.

Der Versicherungsantrag verpflichtet weder den zukünftigen Versicherungsnehmer noch den Versicherer zum Abschluss des Vertrages.

Sobald der Versicherungsanwärter den Versicherungsantrag unterschrieben hat, werden ihm die besonderen Bestimmungen zugesandt. Als Datum des Vertragsabschlusses gilt das auf den besonderen Bestimmungen angegebene Datum, sofern sie vom Versicherten unterzeichnet und spätestens am 15. des Monats, der auf den Monat ihrer Ausstellung folgt, an die CKK-ASSURA gesandt werden.

Über diesen Zeitraum hinaus tritt der Vertrag am 1. Tag des Monats in Kraft, der auf das Datum des Eingangs der unterzeichneten besonderen Bestimmungen bei der CKK-Assura folgt.

Wenn die besonderen Bestimmungen nicht innerhalb von 3 Monaten an die CKK-ASSURA geschickt werden, wird der Vertrag hinfällig.

- §2. Der Vertrag kann im Wege des Ferngeschäfts abgeschlossen werden.

Jeder im Ferngeschäft abgeschlossene Vertrag ist zu dem Zeitpunkt abgeschlossen, zu dem der Versicherer die Zustimmung des Versicherungsnehmers erhält, d.h. zu dem Zeitpunkt, zu dem die CKK-ASSURA die vom Versicherungsnehmer unterzeichneten besonderen Bestimmungen erhält.

- §3. Der Versicherungsnehmer und der Versicherer haben eine Frist von 14 Tagen, um den Versicherungsvertrag ohne Vertragsstrafe und ohne Verpflichtung zur Angabe von Gründen zu kündigen.
Die Aufhebung durch den Versicherungsnehmer wird unmittelbar nach Mitteilung der Aufhebung an den Versicherer wirksam, die Aufhebung durch den Versicherer 8 Tage nach Mitteilung an den Versicherungsnehmer.
- §4. Die spontane Zahlung einer Prämie, ohne hierzu aufgefordert worden zu sein, gilt nicht als Vertragsabschluss.

Artikel 5 – Wirksamwerden des Versicherungsschutzes

- §1. Der Versicherungsschutz wird an dem in den besonderen Bestimmungen festgelegten Datum des Beginns des Versicherungsvertrags wirksam, vorausgesetzt, die Wartezeit ist erfüllt.
- §2. Wird ein Zweitversicherter in den Vertrag aufgenommen, wird der Versicherungsschutz an dem auf dem Vertragszusatz angegebenen Datum wirksam.
- §3. In allen Fällen, in denen eine Wartezeit vorgesehen ist, ist der Versicherer bis zum Ablauf dieser Zeit nicht zu Leistungen verpflichtet, außer im Falle eines Unfalls gemäß Artikel 6 §1 dieser allgemeinen Bestimmungen.
- §4. Eine Änderung des Vertrages in eine Formel mit einer anderen Deckung oder eine Kündigung kann erst nach dem Datum des ersten Jahrestages der Vertragsunterzeichnung der bestehenden Versicherungsdeckung vorgenommen werden.
- Wenn es sich um eine Änderung in eine Formel mit einer höheren Deckung handelt, erfolgt sie am ersten Tag des Monats, der auf den Eingang des Antrags bei der CKK-Assura folgt.
 - Wenn es sich um eine Änderung in eine Formel mit einer geringeren Deckung handelt, wird sie am ersten Tag des Quartals nach Eingang des Antrags bei der CKK-Assura vorgenommen.

Artikel 6 – Die Wartezeit

- §1. Ab dem Datum des Wirksamwerdens des Versicherungsschutzes unterliegt die versicherte Person einer Wartezeit von sechs Monaten, in denen keine Versicherungsleistungen gewährt werden.
Wenn ein zusätzlicher Versicherter in den Vertrag aufgenommen wird, muss er auch eine sechsmonatige Wartezeit einhalten, die mit dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens des Versicherungsschutzes beginnt.
Bei einem Wechsel von einem Versicherungsprodukt zu einem anderen mit höherer Deckung muss der Versicherte zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Deckung eine sechsmonatige Wartezeit in Bezug auf die neue Deckung erfüllen.
Die Wartezeit gilt nicht für Krankenhausaufenthalte nach einem Unfall, der sich nach Wirksamwerden der Versicherung ereignet hat.
- §2. Befreiung von der Wartezeit:
Abweichend von §1 besteht in den folgenden Fällen eine Befreiung von der Wartezeit:
- Wenn die versicherte Person zuvor durch eine Versicherung mit ähnlichem Versicherungsschutz abgesichert war, deren mögliche Wartezeit erfüllt ist und die damit verbundenen Prämien bezahlt wurden, sofern ihr Antrag bei der CKK-Assura innerhalb einer Frist von höchstens drei Monaten nach Ablauf des vorherigen Versicherungsschutzes gestellt wird. Wenn die Wartezeit bei der vorherigen Versicherung noch nicht erfüllt ist, wird die bereits zurückgelegte Wartezeit von der abgezogen, die bei der CKK-Assura zu erfüllen ist.
 - Wenn ein Versicherter während des Kalenderquartals, in dem er seine erste Anmeldung als eigenständig Versicherter bei einer der CKK-Assura angeschlossenen Christlichen Krankenkasse unterzeichnet, eine Krankenhausversicherung abschließt und vorausgesetzt, dass seine Wartezeit während des Vertrages mit dem Hauptversicherten, dessen Mitversicherter er im Sinne der PV war, erfüllt war, unabhängig von der gewählten wahlfreien Deckung.

- Bei Geburt oder Adoption ist das Kind von der Wartezeit befreit, sofern der Hauptversicherte, der ihm den Anspruch auf den Versicherungsschutz eröffnet, die Wartezeit erfüllt hat oder von ihr befreit wurde.

Artikel 7 – Befreiung von der Zeichnungspflicht

- §1. Jeder eigenständig Versicherte, der eine in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebene Versicherung abschließen möchte, ist verpflichtet, dies für den gesamten Krankenkassenhaushalt zu tun. Diese Verpflichtung gilt nicht für ein Haushaltsmitglied, das nachweist, dass es durch eine privat oder kollektiv abgeschlossene, d.h. von seinem Arbeitgeber finanziell unterstützte Krankenhausversicherung abgedeckt ist.
- Wird die Befreiung zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrags beantragt, so wird sie zu dem in den besonderen Bestimmungen genannten Zeitpunkt wirksam, sofern die Bescheinigung innerhalb von drei Monaten nach Unterzeichnung des Vertrags vorgelegt wird. Nach Ablauf dieser Frist wird die Befreiung am ersten Tag des Monats wirksam, der auf den Erhalt des Versicherungsnachweises durch die CKK-Assura folgt.
 - Erwirbt eine versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages einen Versicherungsschutz im Rahmen einer Kollektivversicherung, so wird die Befreiung am Ende des Monats wirksam, in dem der Antrag sowie eine Bescheinigung über die Art der Versicherung, die Gesellschaft und die Tatsache, dass die Versicherung vom Arbeitgeber finanziell unterstützt wird, eingehen.
 - Erwirbt eine versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages einen privaten Versicherungsschutz, wird ihre Versicherungspolice nach den in diesen allgemeinen Bestimmungen dargelegten Bedingungen aufgehoben.
- §2. Bei einem Versicherungsvertrag, bei dem der Hauptversicherte, der den Antrag auf Befreiung stellt, der einzige Prämienzahler ist (Zweitversicherter unter 18 Jahren in der Hospi +), erhält der älteste der Zweitversicherten eine Zahlungsaufforderung entsprechend der Altersstufe, die direkt über seiner liegt.

Artikel 8 – Zweck des Vertrags

- §1. Zweck des Versicherungsschutzes ist es, auf Kosten der CKK-Assura einen finanziellen Beitrag zu den Kosten der Krankenhausbehandlung einer versicherten Person zu leisten, sofern diese Kosten bereits teilweise durch eine gesetzliche Regelung übernommen wurden.
- Es handelt sich um eine Entschädigungsversicherung. In keinem Fall darf die Entschädigung in Verbindung mit anderen Kostenerstattungen aus dem gleichen Grund den Betrag der tatsächlich entstandenen Kosten des Versicherten übersteigen. Die Leistung des Versicherers wird gegebenenfalls entsprechend begrenzt.
- §2. Der Versicherer zahlt erst dann, wenn der Versicherte zuvor alle seine Ansprüche ausgeschöpft hat:
- auf die gesetzliche Kostenerstattung der PV einschließlich der maximalen Gesundheitsrechnung (MAGER);
 - die ausgehen von den Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten oder über Entschädigungen, die sich aus dem bürgerlichen Haftpflichtrecht ergeben;
 - die ausgehen von der Anwendung ausländischer Gesetze;
 - die ausgehen von Kostenerstattungen der satzungsmäßigen Leistungen, die im Rahmen der Zusatzversicherung ausgerichtet werden.
- §3. Die Eröffnung von Rechtsansprüchen im Rahmen bestimmter Gesetzgebungen kann an Bedingungen geknüpft sein.

In diesen Fällen wird die Rückerstattung als rückforderbarer Vorschuss gewährt. Wenn dem Mitglied oder seiner Familie das Recht auf Kostenerstattung nach diesen Rechtsvorschriften mitgeteilt wird, zieht die CKK-Assura den Betrag wieder ein, der unter diese Rechtsvorschriften fallen kann. Diese Rückforderung erfolgt entweder durch Lastschrift an das Mitglied oder auf der Grundlage einer vom Mitglied unterzeichneten Forderungsübergangsregelung.

Artikel 9 – Grundsatz der Solidarität

Das Vorhandensein einer bereits bestehenden Erkrankung, eines Leidens oder eines Zustandes seitens einer versicherten Person führt weder zum Ausschluss dieser Person noch zu einer Erhöhung der Prämien oder einer Einschränkung der Kostenübernahme der CCK-Assura.

Artikel 10 – Ausschluss - Ablehnung der Kostenübernahme

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte für kosmetische Behandlungen, Verjüngungen oder plastische Chirurgie, für die keine Kostenübernahme im Rahmen der PV vorgesehen ist;
- Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus dem Einsatz von Waffen oder Vorrichtungen ergeben, deren Explosion durch eine strukturelle Veränderung des Atomkerns hervorgerufen wird;
- Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus der Ausübung eines Sports als Profisportler, eines bezahlten Sports, einschließlich Training, ergeben;
- Dienstleistungen und Medizinprodukte, deren Erbringung durch die nicht medizinisch begründete Weigerung des Patienten, angemessene medizinische Leistungen im Einklang mit den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und bewährter medizinischer Praxis in Anspruch zu nehmen, notwendig geworden ist;
- Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen, die keine wissenschaftliche Grundlage haben;
- zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns laufende Krankenhausaufenthalte;
- Krankenhausaufenthalte, die während der Wartezeit beginnen;
- Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Hilfsmittel, für die keine Erstattung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist;
- Gips- und Dialysepauschalen im Sinne der PV;
- Kosten für den Transport in ein Altenheim oder Alten- und Pflegeheim, Erholungsheim und Rehabilitationszentrum;
- Zahnersatz oder Implantate, die während eines Krankenhausaufenthaltes eingesetzt werden.
- Krankenhausaufenthalte, die aus einem vorsätzlich vom Versicherten verursachten Schaden, aus der wesentlichen Teilnahme an einer Straftat oder einem Vergehen, außer zur Selbstverteidigung, resultieren;
- medizinische und paramedizinische Versorgung, die Gegenstand einer Kostenerstattung der Zusatzversicherungsleistung „Ambulante Versorgung von Kleinkindern“, war.

Artikel 11 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten

51. Die versicherten Personen müssen die Einverständniserklärung gemäß dem Artikel „Schutz personenbezogener Daten“ ausfüllen.
52. Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person muss/müssen, dem Versicherer innerhalb von 30 Tagen durch Einschreiben, einfaches Schreiben oder auf elektronischem Weg Folgendes mitteilen und erklären:
 - jede Änderung der Anschrift oder der Haushaltszusammensetzung;
 - die Tatsache, dass sie nicht mehr den belgischen Sozialversicherungsgesetzen unterliegen;
 - die Änderung oder den Wegfall einer der Vertragsbedingungen.
53. Der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person muss/müssen, dem Versicherer innerhalb kürzester Frist den Eintritt eines Risikos mithilfe der zu diesem Zweck vorgesehenen Unterlagen und allen Originalbelegen für die entstandenen Kosten melden.
54. Der Versicherungsnehmer muss die Prämie nach Erhalt der Fälligkeitsmitteilung zahlen.

Artikel 12 – Kostenerstattungsverfahren

§1. Die Kostenerstattungen der CKK-Assura werden den Versicherten gewährt, wenn ihr ein ausgefüllter und unterschriebener Antrag auf Kostenerstattung und alle Originalbelege für die entstandenen Kosten übermittelt wurden.

Etwaige Gutschriften sind innerhalb kürzester Zeit an den Versicherer zu senden.

§2. Die versicherte Person oder die von ihr benannte Person ermächtigt die CKK-Assura nach den Gesetzen über den Schutz des Privatlebens und der Rechte des Patienten, die medizinischen Daten und/oder Berichte, die im Rahmen einer einseitigen oder widersprüchlichen Untersuchung erstellt wurden, vollständig von dem betreffenden behandelnden Arzt oder Krankenhaus zu verlangen.

Die CKK-Assura ist auch berechtigt, von dem Krankenhaus oder dem Gesundheitsdienstleister die zu Unrecht in Rechnung gestellten Beträge, die zu ihrer Kostenerstattung geführt haben, zurückzufordern.

§3. Die Erstattung der entstandenen Aufwendungen erfolgt nach der von der PV festgelegten Gebührenordnung und im Rahmen der Erstattungshöchstgrenzen sowie nach Abzug:

- der nach dem Artikel „Zweck des Vertrags“ dieser allgemeinen Bestimmungen durchgeführten Vorleistungen,
- des in diesen allgemeinen Bestimmungen vorgesehenen Selbstbehalts.

Artikel 13 – Die Prämien

Die Prämie ist immer im Voraus zu bezahlen. Sie kann jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich per Lastschrift oder jährlich per Banküberweisung nach Ermessen des Versicherten bezahlt werden.

Die Prämie ist vom Versicherungsnehmer zu zahlen, sobald er die Fälligkeitsmitteilung von der CKK-Assura oder seiner Krankenkasse, die der Versicherung angeschlossen ist, erhalten hat.

Im Falle der Aufnahme eines neuen Mitversicherten wird die Änderung der Höhe der Prämie am ersten Tag des Monats nach der Anmeldung wirksam.

Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag wirksam geworden ist. Danach entspricht jedes Versicherungsjahr dem Kalenderjahr.

Artikel 14 – Nichtzahlung der Prämie

§1. Die Nichtzahlung der Prämie oder eines Teils der Prämie bis zum Fälligkeitsdatum kann zur Aussetzung der Versicherungsgarantie und/oder zur Kündigung des Vertrages führen, sofern der Schuldner eine Fristsetzung erhalten hat.

Das Fristsetzungsschreiben wird entweder per Gerichtsvollzieherurkunde oder per Einschreiben versandt und gilt als Aufforderung zur Zahlung innerhalb von 15 Tagen ab dem Tag nach der Zustellung oder dem Tag nach der Hinterlegung des Einschreibens.

Die Aussetzung der Versicherungsleistungen oder die Beendigung des Vertrages wird am Tag nach dem Tag wirksam, an dem die 15-tägige Frist endet.

§2. Wenn die CKK-Assura beschließt, den Versicherungsschutz auszusetzen, so beendet die Zahlung der fälligen Prämien sowie der eventuellen Kosten und Zinsen durch den Versicherungsnehmer diese Aussetzung mit Wirkung vom Tag nach der vollständigen Zahlung der Schuld (um 00:00 Uhr).

Die unbezahlten Prämien und die während des Aussetzungszeitraums fälligen Prämien bleiben der CKK-Assura als Pauschalzahlung geschuldet.

Dieses Recht der CKK-Assura ist jedoch auf Prämien für zwei aufeinanderfolgende Jahre beschränkt.

Kein Schadensfall, der während der Dauer der Aussetzung der Versicherungsdeckung auftritt, kann die CKK-Assura binden, und die während oder nach einer möglichen Inanspruchnahme gezahlte Prämie stellt den Versicherungsschutz während dieser Zeit der Aussetzung nicht wieder her.

Zahlt das Mitglied die Prämie nicht fristgerecht, wird die CKK-Assura zunächst eine Mahnung versenden. Erfolgt innerhalb von zwei Wochen keine Reaktion, wird ihm eine Fristsetzung per Einschreiben auf dem Postweg zugestellt. Reagiert es immer noch nicht innerhalb von zwei Wochen nach Hinterlegung des Schreibens bei der Post, wird der Versicherungsschutz ab dem im Fristsetzungsschreiben angegebenen Datum ausgesetzt.

Der Versicherungsschutz tritt erst am Tag nach der vollständigen Zahlung der Prämie in Kraft (um 0:00 Uhr). Wird die Prämie nicht bis zum Ende des dritten Monats nach dem Fälligkeitsdatum gezahlt, kann der Versicherungsschutz auch automatisch aufgehoben werden.

Artikel 15 – Vertrags- und Tarifänderungen

- §1. Prämien, Selbstbehalte und Leistungen können ab Beginn eines jeden Versicherungsjahres, wie in den Begriffserläuterungen in Anhang 2 definiert, auf der Grundlage von Änderungen des im August gemessenen Verbraucherpreisindex automatisch indiziert werden. Somit wird für das Jahr „n“ die Indexierung berechnet, indem die Prämie, der Selbstbehalt oder die Leistung mit dem Verhältnis zwischen dem Index für das Jahr „n-1“ und dem für das Jahr „n-2“ multipliziert wird.
- §2. Prämien, Selbstbehalte und Leistungen können auch zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, wie in den Begriffserläuterungen in Anhang 2 definiert, auf der Grundlage eines oder mehrerer spezifischer medizinischer Indizes angepasst werden, die vom FÖD Wirtschaft berechnet und im Belgischen Staatsblatt veröffentlicht werden, wenn die Entwicklung dieses Indexes oder dieser Indizes die des Verbraucherpreisindex übersteigt. Der verwendete Index ist der globale Index für das zweite Quartal des Vorjahres.
- §3. Das KAK [Kontrollamt der Krankenkassen] kann von der CKK-Assura verlangen, einen Tarif auszugleichen, wenn die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt. Darüber hinaus kann das KAK auf Antrag der CKK-Assura und wenn es feststellt, dass die Anwendung dieses Tarifs ungeachtet der Anwendung der §§ 1 und 2 zu Verlusten führt oder Risiken mit sich bringt, die CKK-Assura ermächtigen, Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Tarife in einen Ausgleich zu bringen. Diese Maßnahmen können eine Anpassung der Versicherungsbedingungen beinhalten.
- §4. Die Prämienhöhung gilt
 - für Verträge, die ab der Bekanntgabe der Entscheidung des KAK abgeschlossen werden,
 - und unbeschadet des Kündigungsrechts des Versicherungsnehmers, für die Prämien laufender Verträge, die ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach Bekanntgabe der Entscheidung des KAK fällig werden.
- §5. Alle Steuern, Abgaben, Gebühren oder Beiträge im Zusammenhang mit diesen Versicherungsleistungen, die gesetzlich oder durch eine andere Regelung vorgeschrieben sind, sind allein vom Versicherungsnehmer zu tragen oder werden allein von ihm zu tragen sein.
- §6. Ändert die CKK-Assura die Bestimmungen oder Prämienhöhe, so hat sie den Versicherungsnehmer durch schriftliche Mitteilung zu informieren. Die Anpassung der Prämie, der allgemeinen Bestimmungen und der Tarife gilt für die laufende Versicherung.
- §7. In Ausnahmefällen und in Übereinstimmung mit dem Gesetz vom 13. März 2016 über den Status und die Kontrolle der Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen können andere Änderungen der Versicherungsbedingungen durch das KAK genehmigt werden.

Artikel 16 – Dauer und Ende des Versicherungsvertrags

- §1. Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit abgeschlossen, außer in den in §2 vorgesehenen Fällen und unbeschadet der Bestimmungen des Gesetzes vom 4. April 2014 über Versicherungen.
- §2. Der Vertrag endet im Falle
 - einer Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- ohne Grund nach mindestens einem Jahr Versicherungszeit: am Ende des laufenden Quartals, sofern der Antrag auf Kündigung spätestens am letzten Tag des zweiten Monats des gleichen Quartals gestellt wurde. Andernfalls wird die Kündigung auf das Ende des folgenden Quartals verschoben;
 - nach einer Mitteilung über die Änderung der Vertrags- oder Tarifbedingungen innerhalb von 3 Monaten nach dieser Mitteilung: Der Versicherungsnehmer kann seinen Vertrag innerhalb von 3 Monaten nach der Mitteilung des Versicherers über die Änderung seiner Vertrags- oder Tarifbedingungen kündigen. Inkrafttreten ist der Monat nach Eingang des Kündigungsantrags der CKK-Assura;
 - bei ähnlicher Versicherung über den Arbeitgeber: am Ende des Monats nach Eingang des Antrags und einer Bescheinigung, die ausdrücklich die Art der Versicherung, die Gesellschaft, die versicherten Personen und die Tatsache, dass die Versicherung vom Arbeitgeber finanziell unterstützt wird, angibt;
- einer Kündigung durch die CKK-Assura:
 - wenn die Prämien nicht bezahlt werden,
 - wenn der Versicherungsnehmer stirbt,
 - wenn der Versicherte die im Artikel „Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung“ dieser allgemeinen Bestimmungen festgelegten Bedingungen für die Zeichnung nicht mehr erfüllt,
 - am Ende des Monats, in dem sich der Mitversicherte eines eigenständig Versicherten, der Mitglied der wahlfreien Versicherung ist, bei einer anderen Christlichen Krankenkasse als eigenständig Versicherter anmeldet,
 - am Ende des Monats, in dem sich der eigenständig Versicherte, der Mitglied der wahlfreien Versicherung ist, bei einer anderen Krankenkasse als Mitversicherter anmeldet,
 - am Ende des Quartals, das dem Inkrafttreten der Anmeldung einer nicht hier oben genannten Person bei einem anderen Krankenversicherungsträger vorausgeht,
 - bei Betrug des Versicherten zu Lasten der CKK-Assura,
 - wenn der Versicherte zu einem Mitglied wird, dem die Möglichkeit, die Vorteile der Zusatzversicherung zu nutzen, entzogen wurde.
53. Das Kündigungsgesuch ist an die CKK-Assura per Einschreiben, Gerichtsvollzieherbrief oder durch Zustellung des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung zu richten.
54. Gegebenenfalls wird die CKK-Assura ihre Kostenerstattungen mit den Schulden des Versicherungsnehmers verrechnen.
55. Der Versicherungsschutz bleibt jedoch für Krankenhausaufenthalte bestehen, die vor Beendigung des Vertrages begonnen haben und über diesen Zeitpunkt hinausgehen.
56. Wurde der Vertrag gekündigt, kann unter den folgenden Bedingungen ein neuer Vertrag abgeschlossen werden:
- ohne Wartezeit und ohne Prämienhöhung, wenn der neue Vertrag innerhalb von drei Monaten nach Beendigung und nach Tilgung eventueller Schulden abgeschlossen wird, vorausgesetzt, die Versicherungspolice gewährt die gleiche Deckung wie die vorherige Versicherungspolice;
 - mit Wartezeit und Prämienhöhung, wenn der neue Vertrag mehr als drei Monate nach Beendigung und nach Tilgung eventueller Schulden abgeschlossen wird;
 - mit Wartezeit und Prämienhöhung, wenn die neue Versicherungspolice eine höhere Deckung als die vorher aufgekündigte Versicherungspolice gewährt.

Artikel 17 – Schutz personenbezogener Daten

Die CKK-Assura verarbeitet personenbezogene Daten in Übereinstimmung mit den Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten. Die Datenschutzerklärung von „CKK-Assura“ ist auf der Website: www.ckk-mc.be/disclaimer und auf Anforderung des Versicherten verfügbar.

Die CKK-Assura ist verpflichtet, die Zustimmung der Versicherten einzuholen, um gesundheitsbezogene Daten verarbeiten zu können.

Artikel 18 – Forderungsübergang und Rückforderung

- §1. Die Rechte und Handlungen des Versicherten gegenüber dem für den Schaden haftenden Dritten gehen gemäß Artikel 95 des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen auf die CKK-Assura über.
- §2. Die CKK-Assura wird keine Regressansprüche gegen die Familienangehörigen des Versicherten geltend machen, die den Unfall unbeabsichtigt verursacht haben, es sei denn, ihre Haftung ist durch einen Versicherungsvertrag wirksam abgedeckt.
- §3. Der Versicherte darf ohne Zustimmung der CKK-Assura nicht auf einen Regress verzichten.
- §4. Auf Verlangen der CKK-Assura muss die versicherte Person diese Abtretung durch ein gesondertes Schriftstück wiederholen.

Artikel 19 – Aufgehoben

Artikel 20 – Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist für alle Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag beträgt drei Jahre gemäß den Artikeln 88 und 89 des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen.

Jeder Antrag auf Rückerstattung ist vor Ablauf einer Frist von drei Jahren ab dem Datum, an dem der Versicherte die Rechnung erhält, an die CKK-Assura zu richten. Wenn das Mitglied das Datum des Rechnungserhalts nicht nachweisen kann, ist das Datum des Erhalts der dritte Werktag nach dem auf der Rechnung angegebenen Datum.

Artikel 21 – Korrespondenz und Beweisführung

- §1. Mitteilungen oder Benachrichtigungen an die CKK-Assura sind an die Christliche Krankenkasse zu richten, welcher der Versicherungsnehmer angeschlossen ist; die Mitteilungen an den Versicherungsnehmer erfolgen an seinem gesetzlichen Wohnsitz.
- §2. Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, alle Briefe und Korrespondenzen, die ihm von der CKK-Assura zugesandt werden, entgegenzunehmen, ob per Einschreiben oder auf andere Weise. Im Falle der Ablehnung dieser Briefe und Korrespondenzen gelten sie als eingegangen.

Artikel 22 – Streitigkeiten oder Beschwerden

§1. Vermittlung

Im Falle einer Streitigkeit im Zusammenhang mit der Ausführung des vorliegenden Vertrags hat der Versicherte die Möglichkeit, sich bei den folgenden Stellen zu beschweren:

- CKK-Assura: per E-Mail an plainte.mcassura@mc.be oder mit der Post an CKK-Assura - Beschwerdemanagement, Chaussée de Haecht, 1031 Brüssel;
- Beschwerdebeauftragter des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen: per E-Mail an mediateur@mc.be oder mit der Post an ANMC - Médiateur, Chaussée de Haecht 579, 1031 Brüssel;
- Versicherungsombudsmann: per E-Mail an info@ombudsman.as oder mit der Post an den Ombudsmann der Versicherungen, Square de Meeûs 35, 1000 Brüssel.

§2. Gerichtsbarkeit

Alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit diesen allgemeinen Bestimmungen und den mit der CKK-Assura abgeschlossenen Versicherungsverträgen unterliegen dem belgischen Recht und der ausschließlichen Zuständigkeit der belgischen Gerichte.

BESTIMMUNGEN, DIE AUSSCHLIEßLICH FÜR DIE HOSPI + GELTEN

Artikel 23 – Festlegung der Prämie

§1. Die vom Versicherungsnehmer zu zahlende Prämie richtet sich nach der Anzahl und dem Alter der Versicherten, die aufgrund dieser Prämie einen Versicherungsanspruch erhalten. Maßgeblich für die Höhe der Prämie ist das Alter zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Deckung.

Die Prämie beträgt jährlich per 1. Januar 2021:

Hospi +

Alter	Prämien
0 bis 17 Jahre	0,00 €
18 Jahre und mehr	38,40 €
ab dem 4. Zweitversicherten	17,28 €

§2. Für den 4. Zweitversicherten sowie für alle eventuellen nachfolgenden Zweitversicherten wird eine spezifische Prämie erhoben, wenn diese(r) nicht mehr von der Prämienzahlung befreit ist/sind. Diese Prämie wird nach dem Alter dieser Zweitversicherten berechnet.

Kommt es während der Laufzeit des Vertrages zu Änderungen in der Zusammensetzung der Police, werden die Prämien für den 4. und die nachfolgenden Zweitversicherten zum 1. Januar des Folgejahres neu berechnet und angepasst.

- §3. Die Höhe der Jahresprämie richtet sich
- für einen neuen Versicherten bei der CKK-Assura nach dem Alter, das bei Vertragsbeginn erreicht wurde,
 - für jeden anderen Versicherten nach dem am 1. Januar des Kalenderjahres erreichten Alter.
- §4. Die Höhe der Jahresprämien und die Aufteilung dieser Prämien in „Verwaltungskosten“, „Vertriebskosten“ und „Prämien ohne diese Kosten“ sind im Anhang zu diesen allgemeinen Bestimmungen festgelegt.

Artikel 24 – Bedingungen der Kostenerstattung

§1. Kostenerstattung bei einem Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus

Die Hospi +-Versicherung deckt die dem Mitglied tatsächlich entstandenen Kosten wie folgt:

- Rückerstattung der gesetzlichen Anzahlungen, die frühestens zu Beginn des jeweiligen Krankenhausaufenthalts an das Krankenhaus geleistet wurden, gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, das die Zahlung solcher Vorauszahlungen belegt. Eine volle Rückerstattung wird dem Anspruchsberechtigten gewährt, der in einem Mehrbett- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus untergebracht ist, abzüglich eines Selbstbehalts gemäß §2 dieser Bestimmung. Wird der Anspruchsberechtigte auf eigenen Wunsch in ein Einzelzimmer aufgenommen, so entspricht die Rückerstattung des Vorschusses dem Betrag des Vorschusses, der gefordert worden wäre, wenn er in ein Mehrbett- oder Zweibettzimmer behandelt worden wäre, abzüglich eines etwaigen Selbstbehalts nach § 2 dieser Bestimmung.
- Kostenübernahme in Höhe des Selbstbehalts, der von der Absicherung „Hospi-Solidar“ im Rahmen der Zusatzversicherung “ angewandt wird.

- Maximal 3,72 € je Krankenhausverweiltag für die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Telefongebühren.
- Implantate, die von der PV nicht erstattet werden: maximale Erstattung von 5000 € pro Aufnahme.
- Bei Behandlungen im Ausland entsprechen die Leistungen der Hospi + denen, die der Versicherte erhalten hätte, wenn der Krankenhausaufenthalt auf belgischem Staatsgebiet stattgefunden hätte.

52. Selbstbehalt

Für gewöhnliche Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in der Tagesklinik gilt ein Selbstbehalt von 100 € je Leistungsberechtigten und Kalenderjahr. Für unter 18-Jährige wird kein Selbstbehalt erhoben.

53. Kostenübernahme für einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung

Während eines Aufenthaltes in einer psychiatrischen Einrichtung wird ein pauschaler Kostenzuschuss von 10 € pro Tag mit maximal 30 Tagen pro Krankenhausaufenthalt gewährt, wenn die von der im Rahmen der Zusatzversicherung gewährte Absicherung „Hospi-Solidar“ vorgesehene jährliche Erstattungshöchstgrenze erreicht ist und nach Anwendung der Bestimmungen der §§ 1 und 2 dieses Artikels. Der Gesamtbetrag der Erstattungen darf niemals den Gesamtbetrag der Rechnung überschreiten.

54. Kostenerstattung für häusliche Hilfe

Nach einem gewöhnlichen Krankenhausaufenthalt oder einem Aufenthalt in der Tagesklinik und wenn der Gesundheitszustand des Versicherten dies rechtfertigt, ist eine Kostenerstattung vorgesehen:

- für den Verleih von Sanitätsausstattung: die Kostenerstattung ist auf 3 Monate begrenzt, mit einem monatlichen Höchstbetrag von 30 €, wobei die Kautio und der Transport auf Kosten des Versicherten gehen,
- für den Verleih einer Notrufausstattung: die Kostenerstattung ist auf 3 Monate mit einem monatlichen Höchstbetrag von 17 € begrenzt, wobei die Kautio und die Einrichtungskosten vom Versicherten zu tragen sind.

Die Kostenerstattung wird gewährt

- wenn der Verleih innerhalb von höchstens 30 Kalendertagen nach dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt.
- nur für Dienstleistungen von Rechtskörperschaften, die von der Generalversammlung zugelassen sind:
 - Die Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht PSD „Permanence soins à domicile“ Nr. ZUD 0445.266.919, mit Sitz in Bouge.
 - Für Mitglieder mit Wohnsitz in einer der neun deutschsprachigen Gemeinden Belgiens sind die Notrufdienste der Deutschsprachigen Gemeinschaft über die ÖSHZ der Gemeinden organisiert.
 - Die in der „Liste der anerkannten Einrichtungen“ im Anhang aufgeführten Qualias- und Solival-Geschäfte.

55. Absicherung gegen schwere und/oder kostspielige Krankheiten

Die Versicherung übernimmt die Kosten für die ambulante Versorgung, die nicht durch die PV abgedeckt sind und für Menschen mit:

- einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit, die in der Tabelle im Anhang 1 aufgeführt ist;
- einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit, die nicht in der Liste aufgeführt ist, aber eine längere Behandlung für einen vorhersehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten erfordert und die besonders kostspielig und chronischer Natur ist;
- einer Polypathologie (mehrere beschriebene Erkrankungen, die zu einem pathologischen Zustand führen, der über einen absehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten eine kostspielige Behandlung erfordert).

Voraussetzungen für die Kostenübernahme

- Das Vorliegen eines gewöhnlichen Krankenhausaufenthalts oder einer Behandlung in der Tagesklinik in dem Kalenderjahr, das dem Antrag auf Eröffnung der Akte vorausgeht. Bei bestimmten Krankheitsbildern ist die Diagnose durch einen ärztlichen Befund zu vervollständigen. Der Antrag auf Eröffnung ist anhand des von der CKK-Assura vorgesehenen Formulars zu stellen;

- die dem Patienten entstandenen Kosten müssen in der Liste der erstattungsfähigen Ausgaben aufgeführt sein, die weiter unten zu finden ist.

Kostenerstattung

Die Kostenerstattung wird während der Zeit der Aktenöffnung auf einen Festbetrag von 100 € pro Kalenderjahr festgelegt.

Der Versicherte kann dennoch eine jährliche Erstattungserklärung vorlegen, die 50% der erstattungsfähigen Kosten entspricht, die sich aus der gemeldeten Krankheit ergeben, jedoch eine Obergrenze von 150 € pro Kalenderjahr nicht überschreitet (das entspricht 50% der Ausgaben zwischen 200 € und 500 €).

Erstattungsfähige Ausgaben je nach Krankheitsbild

- Nicht erstattungsfähige vom Arzt verschriebene Arzneimittel oder pharmazeutische Produkte, die in einer Apotheke oder bei einem von der föderalen Agentur für Arzneimittel und Medizinprodukte (FAMHP) zugelassenen Pharmaunternehmen gekauft werden,
- Artikel der Bandagistik, die in vom Verwaltungsrat anerkannten Einrichtungen oder in Apotheken auf Verschreibung ausgeliehen oder gekauft wurden;
- Transportkosten zu einem Gesundheitszentrum oder Gesundheitsdienstleister: öffentlicher Personentransport in der 2. Klasse, privater Auto- oder Taxitransport zu einem Tarif von 0,25 € pro km, Parkgebühren;
- Leistungen folgender paramedizinischer Leistungserbringer: Psycholog(e)(in), Kosmetiker(in), Ernährungsberater(in), Ergotherapeut(in), Podolog(e)(in), Osteopath(in);
- Behandlungen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit, wenn der Patient die von der PV vorgegebenen Bedingungen erfüllt.

Eröffnung der Akte

Wenn der von der Zusatzversicherung im Rahmen der „schweren und/oder kostspieligen Krankheiten“ vorgesehene Festpreis bezahlt ist.

Schließung der Akte

Automatisch am 31. Dezember eines jeden Jahres.

Für Akten, die ab dem 1. Juli eröffnet werden, am 31. Dezember des darauffolgenden Jahres.

Verlängerung

Jährliche Verlängerung, wenn die CKK-Assura den vom Versicherten und einem Arzt ausgefüllten und unterschriebenen und hierfür vorgesehenen Verlängerungsantrag im Laufe des Kalenderjahres erhält, für das die Verlängerung beantragt wird.

Rückfall

Erneute Gewährung des vorher bestehenden Anspruchs auf Vorlage des vom Versicherten und einem Arzt ausgefüllten und unterschriebenen Rückfallformulars im Laufe des Kalenderjahres nach der Krankenhausbehandlung oder dem therapeutischen Eingriff, die/der den Rückfall begründet.

Kostenerstattungsverfahren

Die Kostenerstattung wird gegen Vorlage der urschriftlichen Belege und des dafür vorgesehenen Antragformulars gewährt.

Diese Kostenerstattung wird an den Versicherten oder eine von ihm benannte Person gezahlt. Im Todesfall wird sie an die Erben ausgezahlt.

BESTIMMUNGEN, DIE AUSSCHLIESSLICH FÜR DIE HOSPI +100 UND HOSPI +200 GELTEN

Artikel 25 – Besondere Vertragszeichnungsbedingungen

Um die Hospi +100 oder Hospi +200 abzuschließen, müssen die in Teil 1 dieser allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Zeichnungs- und Versicherungsbedingungen erfüllt sein.
Darüber hinaus:

- darf der Antragsteller zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns noch keine 70 Jahre alt sein
- oder muss er, falls bereits 70 Jahre oder älter, vorher eine ähnliche Krankenhausversicherung gehabt haben, für welche die Wartezeit erfüllt war und deren Versicherungsschutz seit ihrem Ende nicht weniger als 90 Tage zurückliegt.

Artikel 26 – Festlegung der Prämie

§1. Die vom Versicherungsnehmer zu zahlende Prämie richtet sich nach der Anzahl und dem Alter der Versicherten, die aufgrund dieser Prämie einen Versicherungsanspruch erhalten. Im Falle einer Zeichnung nach dem 45. Lebensjahr wird die Prämie erhöht. Die Erhöhung gilt nur für die betroffene Person.

Maßgeblich für die Höhe der Prämie und die eventuelle Erhöhung ist das Alter zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Deckung.

- §2. Die Höhe der Jahresprämie richtet sich
- für einen neuen Versicherten bei der CKK-Assura nach dem Alter, das zum Zeitpunkt des Beginns der Vertragslaufzeit erreicht wurde;
 - für alle anderen Versicherten nach dem Alter, das am 1. Januar des Kalenderjahres erreicht wurde.
- §3. Für den 4. Zweitversicherten sowie für alle eventuellen nachfolgenden Zweitversicherten wird eine spezifische Prämie erhoben, wenn diese(r) nicht mehr von der Prämienzahlung befreit ist/sind. Diese Prämie wird nach dem Alter dieser Zweitversicherten berechnet.
Kommt es während der Laufzeit des Vertrages zu Änderungen in der Zusammensetzung der Police, werden die Prämien für den 4. und die nachfolgenden Zweitversicherten zum 1. Januar des Folgejahres neu berechnet und angepasst.
- §4. Die Höhe der Jahresprämien und die Aufteilung dieser Prämien in „Verwaltungskosten“, „Vertriebskosten“ und „Prämien ohne diese Kosten“ sind im Anhang 3 zu diesen allgemeinen Bestimmungen festgelegt.

Die Prämie beträgt jährlich per 1. Januar 2021:

- **1° Bei Zeichnung vor dem 45. Lebensjahr**

Hospi +100:

- Wenn die Versicherung vor dem 45. Geburtstag, nach dem 31-12-2015 und vor dem 1-1-2016 ohne ähnliche Versicherung abgeschlossen wird.

Aktuelles Alter	Alter beim Vertragsabschluss	€ jährlich
0 bis 17 Jahre	bis 44 Jahre	33,12 €
18 bis 24 Jahre	bis 44 Jahre	49,08 €
25 bis 49 Jahre	bis 44 Jahre	115,92 €
50 bis 64 Jahre	bis 44 Jahre	149,04 €
65 Jahre und mehr	bis 44 Jahre	265,08 €
Ab dem 4. Zweitversicherten		16,80 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung in einem Zeitraum, der nicht länger als drei Monate seit dem vorherigen Versicherungsschutz zurückliegt.

- Wenn die Zeichnung nach dem 65. Geburtstag und vor dem 01-01-2016 erfolgt und ein ähnlicher Versicherungsschutz besteht.

65 bis 69 Jahre einschließlich	400,08 €
70 Jahre und mehr	424,32 €

Hospi + 200:

- Wenn die Versicherung vor dem 45. Geburtstag, nach dem 31-12-2015 und vor dem 1-1-2016 ohne ähnliche Versicherung abgeschlossen wird.

Aktuelles Alter	Alter beim Vertragsabschluss	€ jährlich
0 bis 17 Jahre	bis 44 Jahre	83,76 €
18 bis 24 Jahre	bis 44 Jahre	123,60 €
25 bis 49 Jahre	bis 44 Jahre	291,60 €
50 bis 64 Jahre	bis 44 Jahre	375,00 €
65 Jahre und mehr	bis 44 Jahre	666,24 €
Ab dem 4. Zweitversicherten		42,96 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung in einem Zeitraum, der nicht länger als drei Monate seit dem vorherigen Versicherungsschutz zurückliegt.

- Wenn die Zeichnung nach dem 65. Geburtstag und vor dem 01-01-2016 erfolgt und ein ähnlicher Versicherungsschutz besteht.

65 bis 69 Jahre einschließlich	1.005,00 €
70 Jahre und mehr	1.066,32 €

- **2° Bei Zeichnung nach dem 45. Lebensjahr**

Für Versicherte über 45 Jahre, die die Hospi +100 oder Hospi +200 abschließen, wird eine Prämien-erhöhung berechnet. Die Erhöhung gilt nur für die betroffene Person.

Hospi +100:

Aktuelles Alter	Alter beim Vertragsabschluss	€ jährlich
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	127,80 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	163,68 €
50 bis 64 Jahre	50 bis 54 Jahre	171,48 €
50 bis 64 Jahre	55 bis 59 Jahre	193,68 €
50 bis 64 Jahre	60 bis 64 Jahre	223,80 €
65 bis 69 Jahre	45 bis 49 Jahre	291,72 €
65 bis 69 Jahre	50 bis 54 Jahre	305,04 €
65 bis 69 Jahre	55 bis 59 Jahre	344,88 €
65 bis 69 Jahre	60 bis 64 Jahre	397,80 €
65 Jahre und mehr	Ab 65 Jahren	720,48 €
Ab dem 4. Zweitversicherten		16,80 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung in einem Zeitraum, der nicht länger als drei Monate seit dem vorherigen Versicherungsschutz zurückliegt.

Hospi + 200:

Aktuelles Alter	Alter beim Vertragsabschluss	€ jährlich
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	320,76 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	412,80 €
50 bis 64 Jahre	50 bis 54 Jahre	431,40 €
50 bis 64 Jahre	55 bis 59 Jahre	487,92 €
50 bis 64 Jahre	60 bis 64 Jahre	562,92 €
65 bis 69 Jahre	45 bis 49 Jahre	732,96 €
65 bis 69 Jahre	50 bis 54 Jahre	766,20 €
65 bis 69 Jahre	55 bis 59 Jahre	865,92 €
65 bis 69 Jahre	60 bis 64 Jahre	999,48 €
65 Jahre und mehr	Ab 65 Jahren	1.391,76 €
Ab dem 4. Zweitversicherten		42,96 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung in einem Zeitraum, der nicht länger als drei Monate seit dem vorherigen Versicherungsschutz zurückliegt.

Artikel 27 – Kostenerstattungsverfahren Hospi +100 und Hospi +200

51. Kostenerstattung für einen Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus

Die Versicherung Hospi +100 oder Hospi +200 übernimmt die dem Mitglied tatsächlich entstandenen Kosten wie folgt:

- Rückerstattung der gesetzlichen Anzahlungen, die frühestens zu Beginn des jeweiligen Krankenhausaufenthalts an das Krankenhaus geleistet wurden, gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, das die Zahlung solcher Vorauszahlungen belegt. Eine volle Rückerstattung wird dem Anspruchsberechtigten gewährt, der in einem Mehrbett- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus untergebracht ist. Wird der Anspruchsberechtigte auf eigenen Wunsch in ein Einzelzimmer aufgenommen, so wird die Rückerstattung des Vorschusses auf einen Höchstbetrag von 500 € begrenzt, abzüglich eines etwaigen Selbstbehalts nach §2 dieser Bestimmung.
- Kostenübernahme in Höhe des Selbstbehalts, der von der Absicherung „Hospi-Solidar“ im Rahmen der Zusatzversicherung angewandt wird.
- Übertarifliche Honorare aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers
 - Hospi +100: Begrenzung auf 100% des Betrags der von der PV für medizinische Leistungen festgelegten Gebühr;
 - Hospi +200: Begrenzung auf 200% des Betrags der von der PV für medizinische Leistungen festgelegten Gebühr.
- Zimmerzuschläge bei der Wahl des Einzelzimmers: maximal 100 € pro Tag.
- Maximal 3,72 € pro Tag Krankenhausverweiltag für Telefongebühren, die vom Krankenhaus in Rechnung gestellt werden.
- Implantate, die von der PV nicht erstattet werden: maximale Erstattung von 5000 € pro Aufnahme.
- Bei Behandlungen im Ausland beträgt die Kostenerstattung der Hospi +100 oder Hospi +200:
 - wenn sie nach den tatsächlichen Kosten abgerechnet werden: höchstens 100% des laut Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes, in dem die medizinischen Leistungen, das Synthesematerial, die Prothesen und pharmazeutischen Erzeugnisse erbracht werden, geltenden Betrags, wobei die Kostenübernahme für den Krankenhausaufenthalt jedoch 100% des Betrags nicht überschreiten darf, der in der belgischen Gebührenordnung für die aufgeführten Leistungen vorgesehen ist;
 - wenn sie pauschal abgerechnet werden, darf die Kostenübernahme höchstens 62 € pro Krankenhausverweiltag betragen.

52. Selbstbehalt

Nur für gewöhnliche Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in der Tagesklinik im Einzelzimmer.

Ein Selbstbehalt von 100 € je Leistungsberechtigten und Kalenderjahr gilt für übertarifliche Zuschläge aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers. Für unter 18-Jährige wird kein Selbstbehalt erhoben.

53. **Kostenübernahme für einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung**

Während eines Aufenthaltes in einer psychiatrischen Einrichtung wird ein pauschaler Kostenzuschuss von 10 € pro Tag mit maximal 30 Tagen pro Krankenhausaufenthalt gewährt, wenn die von der im Rahmen der Zusatzversicherung gewährte Absicherung „Hospi-Solidar“ vorgesehene jährliche Erstattungshöchstgrenze erreicht ist und nach Anwendung der Bestimmungen der §§ 1 und 2 dieses Artikels. Der Gesamtbetrag der Erstattungen darf niemals den Gesamtbetrag der Rechnung überschreiten.

54. **Vor- und nachstationäre Kosten**

Übernommen werden die gesetzlichen Eigenanteile für medizinische und paramedizinische Leistungen, die auf maximal 100% des von der PV festgesetzten Betrages begrenzten übertariflichen Honorare sind und die frühestens 30 Tage vor und spätestens 90 Tage nach den unten aufgeführten Ereignissen auftreten.

Diese Kosten für in Belgien erbrachte Gesundheitsdienstleistungen müssen mit einem Krankenhausaufenthalt, einer Organspende durch den Versicherten, einer Entbindung zu Hause oder in einem Geburtshaus, einem Krankenhausaufenthalt im Ausland, der durch den vom LBCK organisierten Dienst „MUTAS“ oder durch ein bi- oder multilaterales Abkommen abgedeckt ist, verbunden sein.

Nicht zu den vor- und nachstationären Kosten gehören:

- zahnärztliche Versorgung und Prothesen,
- Arzneimittel,
- Gips- und Dialysepauschalen,
- Kosten für Brillen und Linsen,
- Hörgeräte,
- Leistungen, die nicht von der PV abgedeckt sind,
- Transportkosten,
- Leistungen, die Gegenstand einer Kostenerstattung der von der Zusatzversicherung gewährten Leistung „Ambulante Versorgung von Kleinkindern“ war,
- vor- oder nachstationäre Kosten, die durch einen nicht von der Versicherung gedeckten Krankenhausaufenthalt entstehen.

55. **Kostenerstattung für häusliche Hilfe**

Nach einem gewöhnlichen Krankenhausaufenthalt oder einem Aufenthalt in der Tagesklinik und wenn der Gesundheitszustand des Versicherten dies rechtfertigt, ist eine Kostenerstattung vorgesehen:

- für den Verleih von Sanitätsausstattung: die Kostenerstattung ist auf 3 Monate begrenzt, mit einem monatlichen Höchstbetrag von 30 €, wobei die Kautions- und der Transport auf Kosten des Versicherten gehen,
- für den Verleih einer Notrufausstattung: die Kostenerstattung ist auf 3 Monate mit einem monatlichen Höchstbetrag von 17 € begrenzt, wobei die Kautions- und die Einrichtungskosten vom Versicherten zu tragen sind.

Die Kostenerstattung wird gewährt:

- wenn der Verleih innerhalb von höchstens 30 Kalendertagen nach dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt;
- nur für Dienstleistungen von Rechtskörperschaften, die von der Generalversammlung zugelassen sind:
 - Die Vereinigung ohne Gewinnerzielungsabsicht PSD „Permanence soins à domicile“ Nr. ZUD 0445.266.919, mit Sitz in Bouge.
 - Für Mitglieder mit Wohnsitz in einer der neun deutschsprachigen Gemeinden Belgiens sind die Notrufdienste der Deutschsprachigen Gemeinschaft über die ÖSHZ der Gemeinden organisiert.
 - Die in der „Liste der anerkannten Einrichtungen“ im Anhang aufgeführten Qualias- und Solival-Geschäfte.

56. **Absicherung gegen schwere und/oder kostspielige Krankheiten**

Die Versicherung übernimmt die Kosten für die ambulante Versorgung, die nicht durch die PV abgedeckt sind und für Menschen mit:

- einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit, die in der Tabelle im Anhang 1 aufgeführt ist;
- einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit, die nicht in der Liste aufgeführt ist, aber eine längere Behandlung für einen vorhersehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten erfordert und die besonders kostspielig und chronischer Natur ist;

- eine Polypathologie (mehrere beschriebene Erkrankungen, die zu einem pathologischen Zustand führen, der über einen absehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten eine kostspielige Behandlung erfordert).

Bei Krankheitsbildern, die nicht auf der Liste stehen, und bei Polypathologien muss der Versicherte am Tag der Eröffnung der Akte „schwere und/oder kostspielige Krankheiten“ auch den Status eines chronisch Kranken haben.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme

- das Vorliegen eines gewöhnlichen Krankenhausaufenthalts oder einer Behandlung in der Tagesklinik in dem Kalenderjahr, das dem Antrag auf Eröffnung der Akte vorausgeht. Bei bestimmten Krankheitsbildern ist die Diagnose durch einen ärztlichen Befund zu vervollständigen. Der Antrag auf Eröffnung ist anhand des von der CKK-Assura vorgesehenen Formulars zu stellen;
- die dem Patienten entstandenen Kosten müssen in der Liste der erstattungsfähigen Ausgaben aufgeführt sein, die weiter unten zu finden ist.

Kostenerstattung

Die Kostenerstattung wird während der Zeit der Aktenöffnung auf einen Festbetrag von 200 € pro Kalenderjahr festgelegt.

Der Versicherte kann dennoch eine jährliche Erstattungserklärung vorlegen, die 50% der erstattungsfähigen Kosten entspricht, die sich aus der gemeldeten Krankheit ergeben, jedoch eine Obergrenze von 1800 € pro Kalenderjahr nicht überschreitet (das entspricht 50% der Ausgaben zwischen 400 € und 4000 €).

Erstattungsfähige Ausgaben je nach Krankheitsbild

- Nicht erstattungsfähige vom Arzt verschriebene Arzneimittel oder pharmazeutische Produkte, die in einer Apotheke oder bei einem von der föderalen Agentur für Arzneimittel und Medizinprodukte (FAMHP) zugelassenen Pharmaunternehmen gekauft werden,
- Artikel der Bandagistik, die in vom Verwaltungsrat anerkannten Einrichtungen oder in Apotheken auf Verschreibung ausgeliehen oder gekauft wurden;
- Transportkosten zu einem Gesundheitszentrum oder Gesundheitsdienstleister: öffentlicher Personentransport in der 2. Klasse, privater Auto- oder Taxitransport zu einem Tarif von 0,25 € pro km, Parkgebühren;
- Leistungen folgender paramedizinischer Leistungserbringer: Psycholog(e)(in), Kosmetiker(in), Ernährungsberater(in), Ergotherapeut(in), Podolog(e)(in), Osteopath(in);
- Behandlungen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit, wenn der Patient die von der PV vorgegebenen Bedingungen erfüllt.

Eröffnung der Akte

Wenn der von der Zusatzversicherung im Rahmen der „schweren und/oder kostspieligen Krankheiten“ vorgesehene Festpreis bezahlt ist.

Schließung der Akte

Automatisch am 31. Dezember eines jeden Jahres.

Für Akten, die ab dem 1. Juli eröffnet werden, am 31. Dezember des darauffolgenden Jahres.

Verlängerung

Jährliche Verlängerung, wenn die CKK-Assura den vom Versicherten und einem Arzt ausgefüllten und unterschriebenen und hierfür vorgesehenen Verlängerungsantrag im Laufe des Kalenderjahres erhält, für das die Verlängerung beantragt wird.

Rückfall

Erneute Gewährung des vorher bestehenden Anspruchs auf Vorlage des vom Versicherten und einem Arzt ausgefüllten und unterschriebenen Rückfallformulars im Laufe des Kalenderjahres nach der Krankenhausbehandlung oder dem therapeutischen Eingriff, die/der den Rückfall begründet.

Kostenerstattungsverfahren

Die Kostenerstattung wird gegen Vorlage der urschriftlichen Belege und des dafür vorgesehenen Antragformulars gewährt.

Diese Kostenerstattung wird an den Versicherten oder eine von ihm benannte Person gezahlt. Im Todesfall wird sie an die Erben ausgezahlt.

Liste der „schweren und/oder kostspieligen Krankheiten“

Schwere und/oder kostspielige Krankheit	Vom Arzt zu bestätigendes Schwerekriterium
1. Schlaganfall, der zu einer Behinderung führt	Weitreichende motorische Behinderung
2. Rückenmarksaplasie	
3. Chronische und progressive obliterative Arteriopathie (koronar oder peripher) mit ischämischen klinischen Manifestationen	
4. Dekompensierte Leberzirrhose	
5. Schwere primäre Immunschwäche, die eine längere Behandlung erfordert, und schwere erworbene Immunschwäche (Acquired Immunodeficiency Syndrome).	
6. Insulinabhängiger oder nicht insulinabhängiger Diabetes, der nicht allein durch die Ernährung ausgeglichen werden kann.	
7. Epilepsie	Arzneimittelresistenz in der Krise
8. Schwere Form einer neuromuskulären Störung (einschließlich Myopathie)	Weitreichende motorische Behinderung
9. Homozygote Hämoglobinopathie	
10. Hämophilie	
11. Schwere Herzinsuffizienz	NYHA-Klassifikation, Stadium III
12. Niereninsuffizienz	GFR < 45 zweimal pro Bluttest oder Proteinurie > 1 g/Tag zweimal pro Urinanalyse
13. Schwere chronische respiratorische Insuffizienz	FEV1 < oder = 30%
14. Parkinson-Krankheit	
15. Erbliche Stoffwechselerkrankungen, die eine spezielle Langzeitbehandlung erfordern.	
16. Mukoviszidose	
17. Querschnittslähmung	
18. Periarteritis nodosa, systemischer Lupus erythematodes, progressive generalisierte Sklerodermie	
19. Schwere fortschreitende rheumatoide Arthritis	HAQ > 0,5 (Health Assessment Questionnaire) oder Vorhandensein von Erscheinungen
20. Psychose, schwere Persönlichkeitsstörung, mentale Retardierung	Dauer der Erkrankung von mehr als einem Jahr mit Folgewirkungen
21. Progressive hämorrhagische Rektokolitis und Morbus Crohn	Bei jedem fortschreitenden Ausbruch und/oder Behandlungsbedarf
22. Multiple Sklerose, die zu einer Behinderung führt	Notwendigkeit einer umfassenden Behandlung und/oder mit dauerhafter Behinderung
23. Schwere ankylosierende Spondylitis	Notwendigkeit einer umfassenden Behandlung und/ oder mit dauerhafter systemischer Behinderung
24. Folgen einer Organtransplantation	
25. Aktive Tuberkulose	
26. Bösartiger Tumor, bösartige Erkrankung des lymphatischen oder hämatopoetischen Gewebes	

Liste der anerkannten Körperschaften

- Qualias Courcelles, Rue Philippe Monnoyer 35 - 6180 Courcelles
- Qualias Charleroi Optique, Boulevard Tirou 165 - 6000 Charleroi
- Qualias Tamines, Rue des Prairies 3a - 5060 Tamines
- Qualias Nivelles, Boulevard des Archers 56 - 1400 Nivelles
- Qualias Montigny-le-Tilleul, Rue de Gozée 659 - 6110 Montigny-le-Tilleul
- Qualias Court-Saint-Etienne, Avenue des Métallurgistes 1 - 1490 Court-Saint-Etienne
- Qualias Anderlues, Chaussée de Mons 23/3 - 6150 Anderlues
- Qualias La Louvière, Rue Sylvain Guyaux 39 - 7100 La Louvière
- Qualias Namur, Rue du Lombard 8, - 5000 Namur
- Qualias Namur optique, Rue du Lombard 24 a - 5000 Namur
- Qualias Bouge optique, Rue Saint-Luc 8 (Krankenhaus Saint-Luc) - 5004 Bouge
- Qualias Soignies, Rue du Mons 16 - 7060 Soignies
- Qualias Beaumont, Rue Félix Dutry 21 - 6500 Beaumont
- Qualias Philippeville, Rue de l' Arsenal 7 - 5600 Philippeville
- Qualias Ixelles, Rue Malibran 49 - 1050 Brüssel
- Qualias Mons, Rue des Canoniers 1, 7000 Mons
- Qualias Berchem-Sainte-Agathe, Avenue Josse Goffin 204 - 1082 Berchem-Sainte-Agathe
- Qualias Dinant, Avenue des Combattants 15 - 5500 Dinant
- Qualias Ath, Chaussée de Tournai 108 - 7800 Ath
- Qualias Marche, Avenue du Monument 8 - 6900 Marche-en-Famenne
- Qualias Tournai, Rue Saint-Brice 56 - 7500 Tournai
- Qualias Sart-Tilman, Route du Condroz 475 - 4031 Angleur
- Qualias Libramont, Rue des Alliés 2c - 6800 Libramont
- Qualias Mouscron, Rue du Bas Voisinage 77 - 7700 Mouscron
- Qualias Comines, Rue de Wervicq 13 - 7780 Comines
- Qualias Eupen (Lontzen), Neutralstraße 910 - 4710 Lontzen
- Qualias Arlon, Place Didier 36 - 6700 Arlon
- SOLIVAL ASBL Chaussée de Haecht 579 BK 40 - 1031 Brüssel

PRÄMIEN

Es gelten folgende Definitionen:

- Vertriebskosten: Kosten, die anfallen, um eine Person zu informieren, die einen Versicherungsvertrag abschließen oder zusätzliche Informationen über die Bedingungen eines bestehenden Vertrages erhalten möchte.
- Verwaltungskosten: allgemeine Kosten (= nicht direkt bedingt durch eine individualisierte Aktenführung der Versicherungsnehmer) der CKK-Assura und Betriebskosten (z.B. Kosten für die Erhebung von Prämien), die weder Vertriebskosten noch Kosten für die Verwaltung von Erstattungsanträgen der Versicherungsnehmer sind.

Die von ihrem unabhängigen externen Wirtschaftsprüfer bestätigte Jahresrechnung der CKK-Assura ist die Grundlage für die Berechnung der Prozentsätze, die für die Verteilung der von den Versicherungsnehmern zu zahlenden Prämien verwendet werden. Diese Prozentsätze werden berechnet, indem die verschiedenen Ausgabenkategorien mit den verdienten Prämien für alle Versicherungsprodukte zusammen verglichen werden.

2021 setzen die Prämien der Hospi + 2020 sich wie folgt zusammen:

Hospi + Alter	Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwal- tungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
0 bis 17 Jahre	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
18 Jahre und mehr	38,40 €	3,49 €	34,91 €	3,58 €	1,98 €	29,35 €
Ab dem 4. Zweitversi- cherten	17,28 €	1,57 €	15,71 €	1,61 €	0,89 €	13,21 €

2021 setzen die Prämien der Hospi +100 ohne erhöhten Prämienatz sich wie folgt zusammen:

Hospi +100 Ohne erhöhte Prämie		Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwal- tungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Alter							
0 bis 17 Jahre		33,12 €	3,01 €	30,11 €	3,09 €	1,71 €	25,31 €
18 bis 24 Jahre		49,08 €	4,46 €	44,62 €	4,57 €	2,53 €	37,52 €
25 bis 49 Jahre		115,92 €	10,54 €	105,38 €	10,80 €	5,98 €	88,60 €
50 bis 64 Jahre		149,04 €	13,55 €	135,49 €	13,89 €	7,68 €	113,92 €
Ab 65 Jahren		265,08 €	24,10 €	240,98 €	24,70 €	13,66 €	202,62 €
Ab 70 Jahren		424,32 €	38,57 €	385,75 €	39,54 €	21,87 €	324,34 €
Ab dem 4. Zweitversi- cherten		16,80 €	1,53 €	15,27 €	1,57 €	0,87 €	12,83 €

2021 setzen die Prämien der Hospi +100 mit erhöhtem Prämienatz sich wie folgt zusammen

Hospi +100 Mit erhöhter Prämie		Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwal- tungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Aktuelles Alter	Alter bei Ver- tragsabschluss						
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	127,80 €	11,62 €	116,18 €	11,91 €	6,59 €	97,68 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	163,68 €	14,88 €	148,80 €	15,25 €	8,44 €	125,11 €
	50 bis 54 Jahre	171,48 €	15,59 €	155,89 €	15,98 €	8,84 €	131,07 €
	55 bis 59 Jahre	193,68 €	17,61 €	176,07 €	18,05 €	9,98 €	148,04 €
	60 bis 64 Jahre	223,80 €	20,35 €	203,45 €	20,85 €	11,54 €	171,06 €
Ab 65 Jahren	45 bis 49 Jahre	291,72 €	26,52 €	265,20 €	27,18 €	15,04 €	222,98 €
	50 bis 54 Jahre	305,04 €	27,73 €	277,31 €	28,42 €	15,72 €	233,17 €
	55 bis 59 Jahre	344,88 €	31,35 €	313,53 €	32,14 €	17,78 €	263,61 €
	60 bis 64 Jahre	397,80 €	36,16 €	361,64 €	37,07 €	20,50 €	304,07 €
	Ab 65 Jahren und vor 70 Jahren	720,48 €	65,50 €	654,98 €	67,14 €	37,14 €	550,70 €
Ab 70 Jahren	Ab 70 Jahren	720,48 €	65,50 €	654,98 €	67,14 €	37,14 €	550,70 €

2021 setzen die Prämien der Hospi +200 ohne erhöhten Prämienatz sich wie folgt zusammen:

Hospi +200 Ohne erhöhte Prämie		Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwal- tungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Alter							
0 bis 17 Jahre		83,76 €	7,61 €	76,15 €	7,81 €	4,32 €	64,02 €
18 bis 24 Jahre		123,60 €	11,24 €	112,36 €	11,52 €	6,37 €	94,47 €
25 bis 49 Jahre		291,60 €	26,51 €	265,09 €	27,17 €	15,03 €	222,89 €
50 bis 64 Jahre		375,00 €	34,09 €	340,91 €	34,94 €	19,33 €	286,64 €
Ab 65 Jahren		666,24 €	60,57 €	605,67 €	62,08 €	34,34 €	509,25 €
Ab 70 Jahren		1066,32 €	96,94 €	969,38 €	99,36 €	54,96 €	815,06 €
Ab dem 4. Zweitversi- cherten		42,96 €	3,91 €	39,05 €	4,00 €	2,21 €	32,84 €

2021 setzen die Prämien der Hospi +200 mit erhöhtem Prämienatz sich wie folgt zusammen

Hospi +200 Mit erhöhter Prämie		Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwal- tungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Aktuelles Alter	Alter bei Ver- tragsabschluss						
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	320,76 €	29,16 €	291,60 €	29,89 €	16,53 €	245,18 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	412,80 €	37,53 €	375,27 €	38,47 €	21,28 €	315,52 €
	50 bis 54 Jahre	431,40 €	39,22 €	392,18 €	40,20 €	22,24 €	329,74 €
	55 bis 59 Jahre	487,92 €	44,36 €	443,56 €	45,46 €	25,15 €	372,95 €
	60 bis 64 Jahre	562,92 €	51,17 €	511,75 €	52,45 €	29,02 €	430,28 €
Ab 65 Jahren	45 bis 49 Jahre	732,96 €	66,63 €	666,33 €	68,30 €	37,78 €	560,25 €
	50 bis 54 Jahre	766,20 €	69,65 €	696,55 €	71,40 €	39,49 €	585,66 €
	55 bis 59 Jahre	865,92 €	78,72 €	787,20 €	80,69 €	44,63 €	661,88 €
	60 bis 64 Jahre	999,48 €	90,86 €	908,62 €	93,13 €	51,52 €	763,97 €
	Ab 65 Jahren und vor 70 Jahren	1391,76 €	126,52 €	1265,24 €	129,69 €	71,74 €	1063,81 €
Ab 70 Jahren	Ab 70 Jahren	1391,76 €	126,52 €	1265,24 €	129,69 €	71,74 €	1063,81 €

Abkürzungen

LBCK	Landesbund der Christlichen Krankenkassen
AH	Altenheim
APH	Alten- und Pflegeheim
VGaG	Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit
GEA	Gesetzlicher Eigenanteil

Begriffserläuterungen

UNFALL

Ein plötzliches unvorhersehbares Ereignis, das außerhalb der Kontrolle des Versicherten liegt und die körperliche Unversehrtheit der Person durch die plötzliche Einwirkung einer äußeren Kraft beeinträchtigt und Gesundheitskosten verursacht.

ZUSATZVERSICHERUNG (ZV)

Alle operativen Geschäfte und sonstigen Dienstleistungen, die den Mitgliedern, die ihre satzungsmäßigen Beiträge regelmäßig entrichten, von der Christlichen Krankenkasse und dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen angeboten werden.

PRIVAT ODER FÜR EINE GRUPPE ABGESCHLOSSENE KRANKENHAUSVERSICHERUNG.

Eine Privatversicherung wird von einem Versicherten auf eigene Rechnung und/oder für einen Zweitversicherten bei einer anderen Versicherungsgesellschaft als der CKK-Assura abgeschlossen und bezahlt.

Die Gruppenversicherung ist eine Versicherung, die von einem Arbeitgeber zu Gunsten einer versicherten Person bei einer Versicherungsgesellschaft abgeschlossen und bezahlt wird.

PFLICHTVERSICHERUNG (PV)

Versicherung, die als Teil der sozialen Sicherheit vom LKIV verwaltet wird und Anspruch auf Erstattung der Gesundheitsleistungen und Zahlung der Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit eröffnet.

VERSICHERTER

Der Versicherungsnehmer und die unter den besonderen Bestimmungen bezeichneten mitversicherten Angehörigen, die in den Genuss der in der Versicherungspolice genannten Versicherungsleistungen kommen.

SCHÖNHEITSCHIRURGIE

Eine der beiden „Teildisziplinen“ der plastischen Chirurgie, deren einziger Zweck darin besteht, das ästhetische Erscheinungsbild des Körpers zu verbessern oder zu korrigieren. Diese Behandlungen werden von

der PV nach Artikel 1 §7 des Leistungsverzeichnisses nicht erstattet, im Gegensatz zur rekonstruktiven oder wiederherstellenden plastischen Chirurgie.

VERSICHERUNGSVERTRAG

Vertrag, bei dem sich der Versicherer gegen Zahlung einer Prämie verpflichtet, dem Versicherungsnehmer (und den Versicherten) eine im Vertrag festgelegte Leistung zu erbringen, die sich aus den allgemeinen Bestimmungen, den besonderen Bestimmungen und etwaigen Änderungen zusammensetzt.

KRANKENHAUSEINRICHTUNG

Gesundheitseinrichtungen, in denen jederzeit spezifische Untersuchungen und/oder Behandlungen von Fachärzten in den Bereichen Medizin, Chirurgie und gegebenenfalls Geburtshilfe in einem fachübergreifenden Rahmen unter den Betreuungsbedingungen und dem erforderlichen und angemessenen medizinischen, medizinischtechnischen, paramedizinischen und logistischen Rahmen durchgeführt oder angewendet werden für oder an Personen, die dort aufgenommen werden und verbleiben können, weil ihr Gesundheitszustand diese Gesamtversorgung erfordert, um Krankheiten zu behandeln oder zu lindern, die Gesundheit wiederherzustellen oder zu verbessern oder Verletzungen so schnell wie möglich zu stabilisieren. Als Krankenhäuser gelten insbesondere nicht: Wellness-einrichtungen, Altenheime, Alten- und Pflegeheime, Genesungsheime, Rehabilitationszentren, Präventionseinrichtungen.

KOSTEN DER BEGLEITPERSON

Kosten im Zusammenhang mit dem Aufenthalt eines Angehörigen im Zimmer des Patienten: Bett, Mahlzeiten, ...

AUFENTHALTSKOSTEN

Aufenthaltskosten im Falle eines Krankenhausaufenthaltes sind die Kosten, die von der versicherten Person zu tragen sind, und die sich aus dem von der PV festgesetzten persönlichen Kostenanteil und den mit der Zimmerart verbundenen Zuschlägen zusammensetzen.

VOR- UND NACHSTATIONÄRE KOSTEN

Medizinische Kosten vor und nach dem Krankenhausaufenthalt, die in direktem Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung stehen, die von der Versicherung übernommen wird, und 30 Tage vor und 90 Tage nach einem solchen Krankenhausaufenthalt anfallen

SELBSTBEHALT

Teil der Kosten, den der Versicherungsnehmer in jedem Fall selbst zu tragen hat.

VERSICHERUNGSDECKUNG

Erstattungen oder Leistungen, die der Versicherer laut Vertrag gewähren muss, wenn der Versicherungsfall eintritt

KRANKENHAUSAUFENTHALT

Medizinischer notwendiger Aufenthalt von mindestens einer Nacht in einer Krankenhauseinrichtung.

TAGESKLINIKAUFENTHALT

Medizinischer Aufenthalt in einer Krankenhauseinrichtung für die im PV-Leistungsverzeichnis definierten Verfahren:

- chirurgischer Tagesaufenthalt im Krankenhaus,
- Maxipauschale,
- Tagesklinikpauschale,
- Pauschale zur Behandlung von chronischen Schmerzen,

wie in den Artikeln 2 und 4 der seit 01.07.2007 geltenden nationalen Vereinbarung zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungsträgern festgelegt.

KRANKENHAUSHOTEL/GÄSTEHAUS

Unterkunftsinfrastruktur auf dem Krankenhausgelände für Personen, deren Betreuung oder Untersuchung keinen Krankenhausaufenthalt erfordert, oder für die Begleitperson eines stationären Versicherten.

MAXIMALE GESUNDHEITSRECHNUNG

Finanzielle Härteregelung, die die jährlichen Gesundheitsausgaben eines Haushalts auf einen maximalen Betrag pro Kalenderjahr begrenzt, basierend auf Einkommen und Gesundheit.

SCHWERE UND/ODER KOSTSPIELIGE KRANKHEIT

Zustand, der erhebliche Kosten für den Patienten und/oder seine Familie mit sich bringt. Die Erkrankung kann langfristig oder sogar sehr langfristig (chronisch) sein.

KRANKENKASSENHAUSHALT

Ein Krankenkassenhaushalt umfasst einen eigenständig Versicherten und seine(n) unterhaltsberechtigten Mitversicherte(n).

MUTAS

Vorteil der Zusatzversicherung (24 St/24, 7 T/7 Rufzentrale) für die medizinische Betreuung während des Auslandsurlaubs.

KRANKENKASSENWECHSEL

Wechsel des Krankenversicherungsträgers mit Wirkung vom ersten Tag eines Kalenderquartals aufgrund eines schriftlichen Antrags des Mitglieds. Ein Krankenkassenwechsel ist nur einmal im Jahr möglich.

MITVERSICHERTER

Unterhaltsberechtigter Angehöriger im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990 über Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände: eine Person, die den Anspruch auf Leistungen über das Mitglied erhält, zu dem sie in einem besonderen Verhältnis steht.

VERSICHERUNGSNEHMER

Person, die die Versicherung auf eigene Rechnung und/oder zugunsten anderer Versicherten übernimmt und die zur Zahlung der Prämien verpflichtet ist.

MEDIZINISCHE/PARAMEDIZINISCHE LEISTUNG

Als medizinische/paramedizinische Leistungen gelten für die vor- und nachstationären Kosten die Leistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Fachärzte, der Kinesiotherapeut(inn)en, Krankenpfleger(innen) und Logopäd(in)nen.

PRÄMIE

Der in der Satzung der CKK-Assura festgelegte Betrag, zuzüglich gegebenenfalls der Steuer auf Versicherungsverträge und aller Steuern, Abgaben oder Gebühren, die gesetzlich oder durch andere Regelwerke vorgeschrieben sind.

PHARMAZEUTISCHES PRODUKT

Jede pharmazeutische Spezialität, die gemäß Artikel 6 des Gesetzes vom 25. März 1964 und dem Königlichen Erlass vom 3. Juli 1969, geändert durch nachfolgende Erlasse, beim Ministerium für öffentliche Gesundheit registriert ist.

GEWÖHNLICHER WOHSITZ

Ort, an dem ein Haushalt oder ein Alleinstehender sich gewöhnlich aufhält.

AMBULANTE VERSORGUNG

Versorgung außerhalb des gewöhnlichen Krankenhausaufenthalts oder Aufenthalts in der Tagesklinik durch einen vom LIKIV zugelassenen Gesundheitsdienstleister.

MEDIZINISCHE UND PARAMEDIZINISCHE VERSORGUNG

Versorgung durch einen vom LIKIV zugelassenen Gesundheitsdienstleister.

WARTEZEIT

Zeitraum, in dem die Versicherung keine Kosten für einen Krankenhausaufenthalt übernimmt.

ÜBERTARIFLICHE HONORARFORDERUNG

Differenz zwischen dem tatsächlich vom Dienstleister oder Lieferanten in Rechnung gestellten Betrag und dem offiziellen Satz der PV (Vertragstarif).

GESETZLICHER EIGENANTEIL

Unterschied, zwischen der vertraglich festgelegten Gebühr und der Erstattung durch den Versicherungsträger, die der Patient selbst zu tragen hat.

EIGENSTÄNDIG VERSICHERTER

Mitglied im Sinne des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und Krankenkassenlandesverbände: der für die Gesundheitsleistungen (gemäß Artikel 2, k und dem koordinierten Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994) eigenständig Versicherte.

Die CKK-Assura ist eine vom Kontrollamt der Krankenkassen unter der Nummer 150/2 zugelassene Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit, die Versicherungen im Sinne des Zweigs 2 des Anhangs 1 des Königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung über die Kontrolle der Versicherungsunternehmen, sowie zur ergänzenden Deckung von Risiken, die zu der in Zweig 18 des Anhangs 1 des obengenannten Königlichen Erlasses genannten Beistands gehören, anbietet.

Versicherungsvermittler der CKK-ASSURA sind:

MC Brabant wallon - Boulevard des Archers, 54 à 1400 Nivelles;

MC Hainaut oriental - Rue du Douaire 40, 6150 Anderlues;

MC Hainaut Picardie - Rue St Brice 44, 7500 Tournai;

MC Liège - Place du XX Août 38, 4000 Liège;

MC Province de Luxembourg - Rue de la Moselle 7-9, 6700 Arlon;

MC Province de Namur - Rue des Tanneries 55, 5000 Namur;

MC Saint-Michel - Boulevard Anspach 111-115, 1000 Bruxelles;

CKK Verviers und Eupen - Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers.

Möchten Sie mehr erfahren?

- Setzen Sie sich zu den üblichen Öffnungszeiten mit einem deutschsprachigen Kundenberater der Christlichen Krankenkasse unter der Rufnummer 087 32 43 33 in Verbindung
- Surfen Sie unter ckk-mc.be
- Lesen Sie die Merkblätter zu den Krankenhausversicherungen Hospi +, Hospi +100 und Hospi +200, die Sie unter ckk-mc.be/krankenhausaufenthalt finden

CKK-Assura – vom Kontrollamt der Krankenkassen unter der Nummer 150/02 für den Zweig 2 „Krankheit“ zugelassene Krankenversicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit, mit Sitz in der Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel (Belgien)



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.