

CKK-Assura

KRANKENHAUSVERSICHERUNG

ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN 2020



Gemeinsam für Ihre Gesundheit.

Zweck dieses Vertrages ist es, unter den nachfolgend beschriebenen Bedingungen einen finanziellen Beitrag zu den tatsächlichen Krankenhauskosten und Krankenhausnachbehandlungskosten des Versicherten zu leisten.

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	5
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 Vertrages	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	11
Artikel 17	Achtung des Privatlebens	11
Artikel 18	Forderungsübergang und Rückforderung	12
Artikel 19	Versicherungskontinuität	12
Artikel 20	Verjährungsfrist	12
Artikel 21	Korrespondenz und Beweisführung	12
Artikel 22	Streitigkeiten oder Beschwerden	13
TEIL 2	BESTIMMUNGEN, DIE AUSSCHLIEßLICH FÜR DIE HOSPI + GELTEN	13
Artikel 23	Festlegung der Prämie	13
Artikel 24	Bedingungen der Kostenerstattung	14
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
ANHANG 1	LISTE DER „SCHWEREN UND/ODER KOSTSPIELIGEN KRANKHEITEN“	21
ANHANG 2	LISTE DER ANERKANNTEN EINRICHTUNGEN	22
ANHANG 3	PRÄMIEN	23
ANHANG 4	ABKÜRZUNGEN	26
ANHANG 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 im 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.
- § 5 Ein Mitglied, dem die Möglichkeit, die Vorteile der Zusatzversicherung zu nutzen, entzogen wurde, das eine 24-monatige Wartezeit durchläuft, um diese Vorteile wieder in Anspruch nehmen zu können, und das seit Beginn dieser Wartezeit regelmäßig seine Beträge bezahlt,
- kann eine CKK-Assura-Versicherung abschließen und unter den in diesen allgemeinen Bestimmungen für Neumitglieder festgelegten Bedingungen in den Genuss der Versicherungsleistungen kommen. Kommt das Mitglied während der genannten 24-monatigen Wartezeit mit der Zahlung seiner Beiträge 6 Monate in Verzug, verliert es seinen Status als Versicherter der CKK-Assura.
- Diese 6-monatige Frist wird ausgesetzt,
- wenn sich diese Person in einer Situation der kollektiven Schuldentilgung oder des Konkurses befindet;
 - wenn diese Person Mitversicherte(r) eines eigenständig Versicherten geworden ist, der die Beiträge zur Zusatzversicherung nicht regelmäßig zahlt.

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 GEPV 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 Krankenhauseinrichtung in einem Umkreis von höchstens 25 km um ihren Hauptwohnsitz behandelt werden (Art. 294, 7^o des Königlichen Erlasses vom 2. Juli 1996).

Artikel 4 – Vertragsabschluss

- § 1. Der Vertrag kann durch einen Versicherungsantrag oder eine vorab unterzeichnete Police abgeschlossen werden.
- Der Versicherungsantrag verpflichtet weder den zukünftigen Versicherungsnehmer noch den Versicherer zum Abschluss des Vertrages. Sobald der antragstellende Versicherungsnehmer den Versicherungsantrag unterzeichnet hat, werden ihm die besonderen Bestimmungen zugesandt. Der Vertrag kommt erst zustande, wenn die CKK-Assura die vom Versicherungsnehmer unterzeichneten besonderen Bestimmungen erhält.
- Im Falle einer vorab unterzeichneten Police wird der Vertrag abgeschlossen, sobald der Versicherungsnehmer das Dokument unterzeichnet hat.
- § 2 Kündigungsfrist eines Vertrages, der aus einer vorab unterzeichneten Police besteht:
- Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Vertrag innerhalb von 14 Tagen nach Beginn des Vertrags mit sofortiger Wirkung zum Zeitpunkt der Mitteilung zu kündigen.
 - Der Versicherer kann die Police innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der vorab unterzeichneten Police kündigen. In diesem Fall wird die Kündigung 8 Tage nach ihrer Mitteilung wirksam.

§ 3 Der Vertrag kann auch im Ferngeschäft abgeschlossen werden. Ein im Ferngeschäft abgeschlossener Vertrag wird zu dem Zeitpunkt abgeschlossen, an dem der Versicherer die Zustimmung des Versicherungsnehmers erhält, d.h. zu dem Zeitpunkt, an dem die CKK-Assura die vom Versicherungsnehmer unterzeichneten besonderen Bestimmungen erhält.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer haben 14 Tage Zeit, um den Versicherungsvertrag ohne Strafe und ohne Begründungspflicht zu kündigen.

Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer wird zum Zeitpunkt der Mitteilung an den Versicherer und die Kündigung durch den Versicherer 8 Tage nach Mitteilung an den Versicherungsnehmer wirksam.

Artikel 5 – Wirksamwerden des Versicherungsschutzes

§ 1. Wird der Vertrag über einen Versicherungsantrag abgeschlossen, so wird der Versicherungsschutz am ersten Tag des Monats wirksam, der auf den Eingang des vom Versicherungsnehmer ausgefüllten und unterzeichneten Versicherungsantrags bei der CKK-Assura folgt, sofern die Prämie bis zu diesem Zeitpunkt bezahlt wurde.

Liegt der Zeitpunkt, an dem der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz wünscht, jedoch nach dem vorstehend beschriebenen Zeitpunkt des Inkrafttretens, so wird der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsantrag genannten Zeitpunkt wirksam, sofern die Prämie für diesen Zeitpunkt bezahlt wurde.

Andernfalls wird die Versicherungsgarantie am ersten Tag des Monats nach der Zahlung der Prämie wirksam. Bei einer vorab unterzeichneten Police beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung der Prämie. Das Datum des Inkrafttretens des Vertrages ist in den besonderen Bestimmungen angegeben.

§ 2 Wird die Prämie nicht bis zum letzten Tag des dritten Monats nach dem Antrag gezahlt, ist ein neues Antragsverfahren erforderlich.

§ 3 In jedem Fall tritt die Garantie erst nach Ablauf der etwaigen Wartezeit in Kraft.

§ 4 Wird eine zusätzliche versicherte Person in den Vertrag aufgenommen, so wird die Deckung zu dem in der Vertragsänderung angegebenen Zeitpunkt wirksam, sofern die damit verbundene Prämie bis zu diesem Zeitpunkt gezahlt ist. Andernfalls wird die Garantie am ersten Tag des Monats nach der Zahlung der Prämie wirksam.

§ 5 Jede Änderung des Vertrages in eine Vertragsformel mit anderen Versicherungsleistungen kann erst nach dem ersten Jahrestag der Unterzeichnung des laufenden Deckungsvertrags erfolgen.

- Im Falle eines Wechsels zu einer Vertragsformel mit höheren Garantien erfolgt dieser am ersten Tag des Monats nach Eingang des Antrags bei der CKK-Assura.
- Im Falle eines Wechsels zu einer Vertragsformel mit geringeren Garantien erfolgt dieser am ersten Tag des Quartals nach Eingang des Antrags bei CKK-Assura.

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 GEVP 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 seine 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 Vertrages

§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 GEVP einschließlich der maximalen Gesundheitsrechnung (MARGER);
- die ausgehen von den Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten oder über Entschädigungen, die sich aus dem bürgerlichen Haftpflichtrecht ergeben;
- die ausgehen von jeder Kostenbeteiligung eines satzungsmäßigen oder nicht satzungsmäßigen Sozialfonds oder des besonderen Solidaritätsfonds;
- die ausgehen von der Anwendung ausländischer Gesetze;
- die ausgehen von Kostenerstattungen der satzungsmäßigen Leistungen, die von der Krankenkasse, von Solimut oder vom Landesbund der Christlichen Krankenkasse ausgerichtet werden, einschließlich der von der Gegenseitigkeitgesellschaft SOLIMUT organisierten „solidarischen Krankenhausversicherung“.

- § 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 CKK-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 GEPV 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 Versicherungsbegins 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 GEPV;
- 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 Vergehen, außer zur Selbstverteidigung, resultieren;
- medizinische und paramedizinische Versorgung, die Gegenstand einer Kostenerstattung der SOLIMUT-Leistung „Ambulante Versorgung von Kleinkindern“ war.

Artikel 11 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Versicherten

- §1. Die Versicherten müssen die Einwilligung gemäß dem Artikel über die „Datenschutzerklärung“ ausfüllen.
- §2 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;
- §3 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.
- §4 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 GEV 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.
- § 4 Beim Ableben des Versicherten werden die Leistungen an seine Erben ausgezahlt.

Artikel 13 – Die Prämien

Die Höhe der Prämien ist im Anhang „Prämien“ dieser allgemeinen Bestimmungen festgelegt.

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.

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 Vorbehaltlich anderslautender Vereinbarungen zwischen den Parteien und vorbehaltlich eines entsprechenden Wunschs, den nur das Mitglied selbst äußern kann, darf die CKK-Assura nach Abschluss des Versicherungsvertrags keine weiteren Änderungen der Versicherungsbedingungen vornehmen.
- §8 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.
- §3 Das Kündigungsgesuch ist an die CKK-Assura per Einschreiben, Gerichtsvollzieherbrief oder durch Zustellung des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung zu richten.
- §4 Gegebenenfalls wird die CKK-Assura ihre Kostenerstattungen mit den Schulden des Versicherungsnehmers verrechnen.
- §5 Der Versicherungsschutz bleibt jedoch für Krankenhausaufenthalte bestehen, die vor Beendigung des Vertrages begonnen haben und über diesen Zeitpunkt hinausgehen.
- §6 Wurde der Vertrag gekündigt, kann in den in §2 vorgesehenen Fällen der Kündigung unter den folgenden Bedingungen ein neuer Vertrag abgeschlossen werden:
- ohne Wartezeit und unter den neuen Tarif-/Deckungsbedingungen, wenn die Neuanmeldung innerhalb von drei Monaten nach Beendigung und nach Tilgung eventueller Schulden erfolgt.
 - mit Wartezeit und zu den neuen Tarif-/Deckungsbedingungen, wenn die Neuanmeldung nach drei Monaten nach Beendigung und nach Tilgung eventueller Schulden erfolgt.

Artikel 17 – Achtung des Privatlebens

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.cck-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 – Versicherungskontinuität

Schließt ein Versicherter während des Kalenderquartals nach Unterzeichnung seiner Anmeldung als eigenständig Versicherter bei einer der CKK-Assura angeschlossenen Christlichen Krankenkassen eine Krankenhausversicherung ab und vorausgesetzt, seine Wartezeit war während des von dem Hauptversicherten, dessen Mitversicherter er im Sinne der ASSI war, abgeschlossenen Vertrags erfüllt, wird er unabhängig von der gewählten Deckung von der Wartezeit befreit.

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.
- §3 Endgültig nachgewiesen wird
 - die Zustellung von Briefen der CKK-Assura durch den Beleg der Post im Falle eines eingeschriebenen Briefes;
 - der Inhalt der Briefe und Unterlagen der CKK-Assura durch ihre Kopien, die gemäß Artikel 196 des Gesetzes zur Organisation des öffentlichen Kreditsektors und des Besitzes der Beteiligungen des öffentlichen Sektors an bestimmten privatrechtlichen Finanzgesellschaften beweiskräftig sind.

Artikel 22 – Streitigkeiten oder Beschwerden

§1. Vermittlung

Im Falle von Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Ausführung dieses Vertrages hat der Versicherte, sofern keine einvernehmliche Vereinbarung zwischen dem Versicherten und der CKK-Assura getroffen wurde, die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

- entweder an die Krankenkasse, der er angehört,
- oder, sofern keine einvernehmliche Regelung besteht, durch Schreiben an
 - den Mediator der Christlichen Krankenkasse/LBCK, Chaussée de Haecht 579 in 1031 Brüssel,
 - den Ombudsmann für Versicherungen, Square de Meeüs 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.

TEIL 2

BESTIMMUNGEN, DIE AUSSCHLIEßLICH FÜR DIE Hospi + GELTEN

Artikel 23 – Festlegung der Hospi +-Prämie

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

Die Prämie beträgt jährlich (per 1. Januar 2020):

Hospi +	
Alter	Prämien
0 bis 17 Jahre	0,00 €
18 Jahre und mehr	37,08 €
ab dem vierten Mitversicherten	16,68 €

- §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 nachfolgende Zweitversicherte 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 in den Anlagen zu diesen allgemeinen Bestimmungen festgelegt

§1. Kostenerstattung bei einem Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus

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

- Kostenübernahme in Höhe des Selbstbehalts, der von der Dienstleistung „Hospi-Solidar“ von „SOLIMUT“ angewandt wird.
- Maximal 3,72 € je Krankenhausverweiltag für die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Telefongebühren.
- Implantate, die von der GEPV nicht erstattet werden: maximale Erstattung von 5000 € pro Aufnahme, wenn das Mitglied keine positive Entscheidung über die Kostenübernahme von SOLIMUT erhalten hat.
- Bei Behandlungen im Ausland entsprechen die Leistungen der Hospi + denen, die der Versicherte erhalten hätte, wenn der Krankenhausaufenthalt auf belgischem Staatsgebiet stattgefunden hätte.

§2 Selbstbehalt

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

§3 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 vom Dienst „Hospi-Solidar“ von SOLIMUT 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.

§4 Kostenerstattung für häusliche Hilfe

Nach einem gewöhnlichen Krankenhausaufenthalt oder einem Aufenthalt in der Tagesklinik und wenn der Gesundheitszustand des Mitglieds 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 Mitglieds 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.

§5 Absicherung gegen schwere und/oder kostspielige Krankheiten

Die Versicherung übernimmt die Kosten für die ambulante Versorgung, die nicht durch die GEPV 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 Akteneröffnung 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 GEPV vorgegebenen Bedingungen erfüllt.

Eröffnung der Akte

Wenn der von SOLIMUT 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 Verlängerungsantrag von SOLIMUT/CKK-Assura 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 das Mitglied 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 nachfolgende Zweitversicherte 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 2020:

- **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 bei der Zeichnung	€ jährlich
0 bis 17 Jahre	bis 44 Jahre	32,76 €
18 bis 24 Jahre	bis 44 Jahre	48,60 €
25 bis 49 Jahre	bis 44 Jahre	114,60 €
50 bis 64 Jahre	bis 44 Jahre	147,36 €
65 Jahre und mehr	bis 44 Jahre	262,08 €
Ab dem vierten Mitversicherten		16,68 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung.

- Wenn die Zeichnung nach dem 65. Geburtstag und vor dem 01.01.2016 erfolgt und eine ähnliche Deckung besteht.

65 bis 69 Jahre einschließlich		395,52 €
70 Jahre und mehr		419,52 €

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 bei der Zeichnung	€ jährlich
0 bis 17 Jahre	bis 44 Jahre	82,80 €
18 bis 24 Jahre	bis 44 Jahre	122,28 €
25 bis 49 Jahre	bis 44 Jahre	288,24 €
50 bis 64 Jahre	bis 44 Jahre	370,68 €
65 Jahre und mehr	bis 44 Jahre	658,56 €
Ab dem vierten Mitversicherten		42,48 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung

- Wenn die Zeichnung nach dem 65. Geburtstag und vor dem 01.01.2016 erfolgt und eine ähnliche Deckung besteht.

65 bis 69 Jahre einschließlich		993,48 €
70 Jahre und mehr		1.054,08 €

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

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

Hospi +100 :

Aktuelles Alter	Alter bei der Zeichnung	€ jährlich
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	126,36 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	161,88 €
50 bis 64 Jahre	50 bis 54 Jahre	169,56 €
50 bis 64 Jahre	55 bis 59 Jahre	191,52 €
50 bis 64 Jahre	60 bis 64 Jahre	221,28 €
65 bis 69 Jahre	45 bis 49 Jahre	288,36 €
65 bis 69 Jahre	50 bis 54 Jahre	301,56 €
65 bis 69 Jahre	55 bis 59 Jahre	340,92 €
65 bis 69 Jahre	60 bis 64 Jahre	393,24 €
65 Jahre und mehr	Ab 65 Jahren	712,20 €
Ab dem vierten Mitversicherten		16,68 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung.

Hospi + 200 :

Aktuelles Alter	Alter bei der Zeichnung	€ jährlich
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	317,16 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	408,12 €
50 bis 64 Jahre	50 bis 54 Jahre	426,48 €
50 bis 64 Jahre	55 bis 59 Jahre	482,28 €
50 bis 64 Jahre	60 bis 64 Jahre	556,44 €
65 bis 69 Jahre	45 bis 49 Jahre	724,56 €
65 bis 69 Jahre	50 bis 54 Jahre	757,44 €
65 bis 69 Jahre	55 bis 59 Jahre	855,96 €
65 bis 69 Jahre	60 bis 64 Jahre	987,96 €
65 Jahre und mehr	Ab 65 Jahren	1.375,68 €
Ab dem vierten Mitversicherten		42,48 €

Möglichkeit der Zeichnung ab 70 Jahren: nur für Mitglieder mit ähnlicher Krankenhausversicherung.

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:

- Kostenerstattung bis zum Selbstbehalt im Rahmen der solidarischen Krankenhausversicherung von SOLIMUT.
- Übertarifliche Honorare aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers
 - Hospi +100: Begrenzung auf 100% des Betrags der von der GEPU für medizinische Leistungen festgelegten Gebühr.
 - Hospi +200: Begrenzung auf 200% des Betrags der von der GEPU 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 GEPU nicht erstattet werden: maximale Erstattung von 5000 € pro Aufnahme, wenn das Mitglied keine positive Entscheidung über die Kostenübernahme von SOLIMUT erhalten hat.
- 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 Kinder unter 18 Jahren 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 für maximal 30 Tage pro Krankenhausaufenthalt gewährt, wenn die vom Dienst „Hospi-Solidar“ von SOLIMUT vorgesehene jährliche Erstattungshöchstgrenze erreicht ist und nach Anwendung der Bestim-

mungen der §§ 1 und 2 dieses Artikels. Der Gesamtbetrag der Erstattungen darf niemals den Gesamtbetrag der Rechnung überschreiten.

§ 4 Vor- und nachstationäre Kosten

Übernommen werden die gesetzlichen Eigenanteile für medizinische und paramedizinische Leistungen, die auf maximal 100% des von der GEPV 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 von SOLIMUT 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 GEPV abgedeckt sind,
- Transportkosten,
- Leistungen, die Gegenstand einer Kostenerstattung der SOLIMUT-Leistung „Ambulante Versorgung von Kleinkindern“ war,
- vor- oder nachstationäre Kosten, die durch einen nicht von der Versicherung gedeckten Krankenhausaufenthalt entstehen.

§ 5 Kostenerstattung für häusliche Hilfe

Nach einem gewöhnlichen Krankenhausaufenthalt oder einem Aufenthalt in der Tagesklinik und wenn der Gesundheitszustand des Mitglieds 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 Transportkosten auf Kosten des Mitglieds 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.

Oder für Leistungen, die von einer anderen Rechtskörperschaft im Falle der Nichtverfügbarkeit in der zugelassenen Rechtskörperschaft gegen Vorlage des Ablehnungsbescheids der letzteren erbracht werden.

§ 6 Absicherung gegen schwere und/oder kostspielige Krankheiten

Die Versicherung übernimmt die Kosten für die ambulante Versorgung, die nicht durch die GEPV 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).

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 SOLIMUT/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 GEPV vorgegebenen Bedingungen erfüllt.

Eröffnung der Akte

Wenn der von SOLIMUT 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 Verlängerungsantrag von SOLIMUT/CKK-Assura 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 das Mitglied 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 erythematoses, 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 EINRICHTUNGEN

- 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 Canonniers 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.

Die Prämien der Hospi + 2020 setzen sich wie folgt zusammen:

Hospi + Alter	Marktgerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwaltungs- 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	37,08 €	3,37 €	33,71 €	3,46 €	1,91 €	28,34 €
Ab dem 4. Mitversicherten	16,68 €	1,52 €	15,16 €	1,55 €	0,86 €	12,75 €

Die Prämien der Hospi +100 2020 ohne erhöhten Prämienatz setzen sich wie folgt zusammen

Hospi +100 Ohne erhöhte Prämie		Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwaltungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Alter							
0 bis 17 Jahre		32,76 €	2,98 €	29,78 €	3,05 €	1,69 €	25,04 €
18 bis 24 Jahre		48,60 €	4,42 €	44,18 €	4,53 €	2,51 €	37,14 €
25 bis 49 Jahre		114,60 €	10,42 €	104,18 €	10,68 €	5,91 €	87,59 €
50 bis 64 Jahre		147,36 €	13,40 €	133,96 €	13,73 €	7,60 €	112,63 €
Ab 65 Jahren		262,08 €	23,83 €	238,25 €	24,42 €	13,51 €	200,32 €
Ab 70 Jahren		419,52 €	38,14 €	381,38 €	39,09 €	21,62 €	320,67 €
Ab dem 4. Mitversicherten		16,68 €	1,52 €	15,16 €	1,55 €	0,86 €	12,75 €

Die Prämien der Hospi +100 2020 mit erhöhtem Prämienatz setzen sich wie folgt zusammen

Hospi +100 Mit erhöhter Prämie		Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwaltungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Aktuelles Alter	Alter bei der Zeichnung						
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	126,36 €	11,49 €	114,87 €	11,77 €	6,51 €	96,59 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	161,88 €	14,72 €	147,16 €	15,08 €	8,34 €	123,74 €
	50 bis 54 Jahre	169,56 €	15,41 €	154,15 €	15,80 €	8,74 €	129,61 €
	55 bis 59 Jahre	191,52 €	17,41 €	174,11 €	17,85 €	9,87 €	146,39 €
	60 bis 64 Jahre	221,28 €	20,12 €	201,16 €	20,62 €	11,41 €	169,13 €
Ab 65 Jahren	45 bis 49 Jahre	288,36 €	26,21 €	262,15 €	26,87 €	14,86 €	220,42 €
	50 bis 54 Jahre	301,56 €	27,41 €	274,15 €	28,10 €	15,54 €	230,51 €
	55 bis 59 Jahre	340,92 €	30,99 €	309,93 €	31,77 €	17,57 €	260,59 €
	60 bis 64 Jahre	393,24 €	35,75 €	357,49 €	36,64 €	20,27 €	300,58 €
	Ab 65 Jahren und vor 70 Jahren	712,20 €	64,75 €	647,45 €	66,36 €	36,71 €	544,38 €
Ab 70 Jahren	Ab 70 Jahren	712,20 €	64,75 €	647,45 €	66,36 €	36,71 €	544,38 €

Die Prämien der Hospi +200 2020 ohne erhöhten Prämienatz setzen sich wie folgt zusammen

Hospi +200 Ohne erhöhte Prämie	Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto- prämie	Verwaltungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Alter						
0 bis 17 Jahre	82,80 €	7,53 €	75,27 €	7,72 €	4,27 €	63,28 €
18 bis 24 Jahre	122,28 €	11,12 €	111,16 €	11,39 €	6,30 €	93,47 €
25 bis 49 Jahre	288,24 €	26,20 €	262,04 €	26,86 €	14,86 €	220,32 €
50 bis 64 Jahre	370,68 €	33,70 €	336,98 €	34,54 €	19,11 €	283,33 €
Ab 65 Jahren	658,56 €	59,87 €	598,69 €	61,37 €	33,95 €	503,37 €
Ab 70 Jahren	1054,08 €	95,83 €	958,25 €	98,22 €	54,33 €	805,70 €
Ab dem 4. Mitversicherten	42,48 €	3,86 €	38,62 €	3,96 €	2,19 €	32,47 €

Die Prämien der Hospi +200 2020 mit erhöhtem Prämienatz setzen sich wie folgt zusammen:

Hospi +200 Mit erhöhter Prämie		Markt- gerechte Prämie	LIKIV- Steuer	Netto-prä- mie	Ver- waltungs- kosten	Vertriebs- kosten	Prämie ohne diese Kosten
Aktuelles Alter	Alter bei der Zeichnung						
25 bis 49 Jahre	45 bis 49 Jahre	317,16 €	28,83 €	288,33 €	29,55 €	16,35 €	242,43 €
50 bis 64 Jahre	45 bis 49 Jahre	408,12 €	37,10 €	371,02 €	38,03 €	21,04 €	311,95 €
	50 bis 54 Jahre	426,48 €	38,77 €	387,71 €	39,74 €	21,98 €	325,99 €
	55 bis 59 Jahre	482,28 €	43,84 €	438,44 €	44,94 €	24,86 €	368,64 €
	60 bis 64 Jahre	556,44 €	50,59 €	505,85 €	51,85 €	28,68 €	425,32 €
Ab 65 Jahren	45 bis 49 Jahre	724,56 €	65,87 €	658,69 €	67,52 €	37,35 €	553,82 €
	50 bis 54 Jahre	757,44 €	68,86 €	688,58 €	70,58 €	39,04 €	578,96 €
	55 bis 59 Jahre	855,96 €	77,81 €	778,15 €	79,76 €	44,12 €	654,27 €
	60 bis 64 Jahre	987,96 €	89,81 €	898,15 €	92,06 €	50,93 €	755,16 €
	Ab 65 Jahren und vor 70 Jahren	1375,68 €	125,06 €	1250,62 €	128,19 €	70,91 €	1051,52 €
Ab 70 Jahren	Ab 70 Jahren	1375,68 €	125,06 €	1250,62 €	128,19 €	70,91 €	1051,52 €

Abkürzungen

ZV	Zusatzversicherung
GV	Generalversammlung
LBCK	Landesbund der Christlichen Krankenkassen
GEPV	Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung
VWR	Verwaltungsrat
MAGER	Maximale Gesundheitsrechnung
CKKA	CKK-Assura
AH	Altenheim
APH	Alten- und Pflegeheim
KAK	Kontrollamt der Krankenkassen
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.

Versicherungsjahr:

Das erste Jahr des Versicherungsabschlusses endet am 31. Dezember des Jahres, in dem die der Versicherungsvertrag wirksam wurde. Danach entspricht jedes Versicherungsjahr dem Kalenderjahr.

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.

Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (GEPV)

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

Versicherer:

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

Versicherer:

Die CKK-Assura, eine vom KAK unter der Nummer 150/2 zugelassene Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit, die eine Versicherung im Sinne des Zweigs 2 „Krankheit“ anbietet und ihren Sitz in der Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel (Belgien) hat.

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 GEPV 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.

Krankenhaus Einrichtung

Gesundheitsinstitution, 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, medizinisch-technischen, 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: Wellnessinstitutionen, Altenheime, Alten- und Pflegeheime, Genesungsheime, Rehabilitationszentren, Präventionseinrichtungen.

In-vitro-Fertilisation (IVF)

Medizinisch unterstützte Behandlung der Fortpflanzung durch Eizellentnahme, gefolgt von der Befruchtung der Eizelle im Labor und, nach mehrtägiger Inkubation, der Reimplantation des Embryos in die Gebärmutter.

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 GEPV 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 Krankenhaus Einrichtung.

Tagesklinikaufenthalt

Medizinischer Aufenthalt in einer Krankenhauseinrichtung für die im GEPV-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.

Krankenhaustel/Gästehaus

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

Versicherungsvermittler / Französisch- und deutschsprachige Christliche Krankenkassen:

- Mutualité chrétienne du Brabant Wallon (109);
- Mutualité chrétienne du Hainaut Oriental (128);
- Mutualité chrétienne du Hainaut Picardie (129);
- Mutualité chrétienne de Liège (130);
- Mutualité chrétienne de la Province du Luxembourg (132);
- Mutualité chrétienne de la Province de Namur (134);
- Mutualité Saint-Michel (135);
- Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke von Verviers und Eupen (137).

Maximale Gesundheitsrechnung

Eine 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).

FDCK

Französisch- und Deutschsprachige Christliche Krankenkassen. Alle französisch- und deutschsprachige Christliche Krankenkassen gemeinsam.

MUTAS

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

Krankenkassenwechsel

Im Gesetz über die GEPV vorgesehener Wechsel des Versicherten mit Wirkung zum 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 Versicherter 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(innen), Krankenpfleger(innen) und Logopäd(in)nen.

Prämie

Der durch die Satzung der CKK-Assura festgelegte Betrag, zusätzlich 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 Wohnsitz

Ort, an dem ein Haushalt oder ein Alleinstehender sich gewöhnlich aufhält = Hauptwohnsitz

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.

SOLIMUT

Gegenseitigkeitsgesellschaft, die von den französisch- und deutschsprachigen Christlichen Krankenkassen gegründet wurde, um gemeinsam Produkte und Dienstleistungen, darunter die Absicherung der Hospi-Solidar auszurichten. Solimut ist vom KAK zugelassen.

Wartezeit

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

Überartifliche Honorarforderung:

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

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.