

Versicherung Hospi +200

Merkblatt zum Versicherungsprodukt

CKK-ASSURA, Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit der Christlichen Krankenkasse
Chaussée de Haecht 579, 1031 Brüssel - Belgien
Zulassungsnummer KAK 150/02 für die Zweige 2 und 18
Unternehmensnummer: ZUD 0834 322 140



Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Versicherungsleistungen und die Ausschlüsse für dieses Produkt geben. Es ist nicht auf Ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten, und die darin enthaltenen Informationen sind nicht vollständig. Weitere Auskünfte zu diesem Produkt, Ihren Rechten und Pflichten entnehmen Sie bitte den ab 1. Januar 2023 geltenden allgemeinen Bestimmungen. Dieses Versicherungsprodukt unterliegt belgischem Recht.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Hospi +200-Versicherung ist eine wahlfreie Krankenhausversicherung, die für tatsächlich entstandene Kosten aufkommt. Sie ergänzt die Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung und gegebenenfalls die im Rahmen der Zusatzversicherung der Christlichen Krankenkasse vorgesehene Absicherung „Hospi-Solidar“.



Was gehört zu den Versicherungsleistungen?

Nach Abzug des eventuell vorgesehenen Selbstbehalts:

- ✓ Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus in einem Mehrbett-, Zweibett- oder Einzelzimmer.
- ✓ Zuzahlungen aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers:
 - übertarifliche Honorare begrenzt auf 200% des Betrags der amtlichen Gebühr;
 - Zimmerzuschläge: maximal 100€ pro Tag.
- ✓ Alle gesetzlichen Vorauszahlungen, die im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts in einem allgemeinen Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung in einem Mehrbett- oder Zweibettzimmer gezahlt wurden.
- ✓ Die Anzahlung(en), die im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts in einem allgemeinen Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung in einem Einzelzimmer geleistet wurde(n), bis zu 500€ je Anzahlung.
- ✓ Erstattung von maximal 5.000 € pro Aufnahme für Implantate, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.
- ✓ Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung: Festbetrag von 10€ pro Tag, für maximal 30 Tage je Aufnahme.
- ✓ Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt: Kostenzuschuss für häusliche Hilfe:
 - für das Ausleihen von Sanitätsartikeln: die Erstattung ist auf 30€ pro Monat für maximal 3 Monate begrenzt;
 - für das Ausleihen von Notrufgeräten: die Erstattung ist auf 17 € pro Monat für maximal 3 Monate begrenzt.
- ✓ Kalenderjährliche Erstattung ambulanter Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden und mit einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit zusammenhängen:
 - Festbetrag von 200€ je Kalenderjahr.
 - Erstattung von 50% der erstattungsfähigen Kosten, deren Gesamtbetrag 400€ überschreitet, begrenzt auf 1.800 € je Kalenderjahr.
- ✓ Krankenhausbehandlung im Ausland:
 - wenn nach den tatsächlichen Kosten abgerechnet wird: maximal 100% der von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommenen Kosten des Behandlungslandes festgelegten Gebühr und 100% der nach belgischem Recht geltenden Gebühr für den Krankenhausaufenthalt.
 - wenn pauschal abgerechnet wird: höchstens 62€ pro Krankenhausverweiltag.
- ✓ Vor- und nachstationäre Kosten: gesetzliche Eigenanteile für medizinische und paramedizinische Leistungen und auf 100% des Betrags der Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzte übertarifliche Honorare, 30 Tage vor und 90 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt.



Was gehört nicht zu den Versicherungsleistungen?

- ✗ Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte für kosmetische Behandlungen, Verjüngungen oder plastische Chirurgie, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus der Ausübung eines Sports als Profisportler, eines bezahlten Sports, einschließlich Training, ergeben.
- ✗ Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen, die keine wissenschaftliche Grundlage haben.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, die beim Eintritt des Versicherungsschutzes bereits begonnen haben.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, die während der Wartezeit beginnen.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte, für die keine gesetzliche Erstattung vorgesehen ist.
- ✗ Gips- und Dialysepauschalen im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung.
- ✗ Transportkosten.
- ✗ Aufenthalte in einem Altenheim, Alten- und Pflegeheim, Genesungsheim und in Rehabilitationseinrichtungen.
- ✗ Zahnprothesen oder -implantate, die während eines Krankenhausaufenthalts eingesetzt werden.
- ✗ Bei folgenden vor- und nachstationären Kosten: Arzneimittel, Brillen und Linsen, Hörgeräte, Leistungen, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, Kosten, die von der CKK-Zusatzversicherungsleistung übernommen werden, und vor- und nachstationäre Kosten, die durch einen nicht von der Versicherung gedeckten Krankenhausaufenthalt entstehen.
- ✗ Schwere und/oder kostspielige Krankheiten, die nicht in der Liste im Anhang zu den allgemeinen Bestimmungen aufgeführt sind.



Gibt es Einschränkungen der Garantie?

- ! Für Versicherte ab 18 Jahren gilt ein Selbstbehalt von 100€ pro Begünstigtem und Kalenderjahr für Zuschläge im Zusammenhang mit der Wahl eines Einzelzimmers im Rahmen einer klassischen oder tagesklinischen Behandlung.
- ! Höchstgrenze von 5.000 € für Implantate, die nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden.



Wo bin ich abgesichert?

- ✓ In Belgien.
- ✓ In Ländern, die an ein bi- oder multilaterales Abkommen oder an europäische Projekte wie „Interreg“ gebunden sind.
- ✓ Für Begünstigte mit Hauptwohnsitz in einer Grenzregion: Leistungen in einer außerhalb des Staatsgebiets gelegenen Krankeneinrichtung in einem Umkreis von höchstens 25 km von ihrem Hauptwohnsitz.
- ✓ Für im Ausland durchgeführte Behandlungen übernimmt die Hospi +200 folgende Kosten:
 - bei Einzelleistungsvergütung maximal 100% des Betrags der Gebührenordnung, die von der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird, für medizinische Leistungen, synthetisches Material, Prothesen und pharmazeutische Produkte festgelegt wurden, wobei die Kostenübernahme für den Krankenhausaufenthalt für die genannten Leistungen 100% des in Belgien geltenden Tarifs nicht überschreiten darf;
 - bei Pauschalvergütung darf die Kostenbeteiligung maximal 62€ pro Verweiltag im Krankenhaus betragen.



Welches sind meine Verpflichtungen?

- Mitglied der CKK sein und regelmäßig die Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen.
- Die Prämien zahlen, sobald die Fälligkeitsanzeige ergeht.
- Unter 70 Jahre alt sein. Ein Vertragsabschluss nach dem 70. Lebensjahr ist nur möglich, wenn weniger als drei Monate vor dem Abschluss eine ähnliche Vorversicherung bestanden hat.
- Eine sechsmontatige Wartezeit erfüllen (außer bei ähnlicher Vorversicherung oder bei Unfall).
- Dem Versicherer jede Änderung der Anschrift oder der Haushaltszusammensetzung, die sich auf die geforderte Prämie und den Fortbestand des Vertrags auswirken können, innerhalb von 30 Tagen per Einschreiben, einfachem Schreiben oder auf elektronischem Weg mitteilen.



Wann und wie werden die Zahlungen durchgeführt?

- Ab dem Datum des Vertragsabschlusses zahlt der Versicherungsnehmer die Prämie am Fälligkeitstag, per Überweisung oder per Lastschrift in der vereinbarten Häufigkeit.



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz beginnt an dem Tag, der in den vom Versicherungsnehmer unterzeichneten und an die CKK zurückgesandten besonderen Bestimmungen angegeben ist.
- Der Vertrag wird auf Lebenszeit abgeschlossen. Er endet im Falle des Wechsels zu einem anderen Versicherungsträger als der CKK, der Nichtzahlung von Prämien, der Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder bei Betrug.
- Eine Person, die Mitglied der CKK ist und den Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung verliert, darf die Versicherung bei der CKK-Assura nicht abschließen bzw. verliert, wenn sie bereits bei der CKK-Assura versichert war, ihre Versicherungsfähigkeit bei der CKK-Assura und darf keine Leistungen mehr aus der Versicherung beziehen



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Eine Kündigung ist erst nach mindestens einem Versicherungsjahr möglich.
- Der Versicherungsnehmer darf seinen Vertrag zum Ende des laufenden Quartals kündigen, sofern der Kündigungsantrag spätestens am letzten Tag des zweiten Monats des gleichen Quartals gestellt wurde. Andernfalls wird die Kündigung auf das Ende des folgenden Quartals verschoben.
- Der Kündigungsantrag ist per Einschreiben, Gerichtsvollzieherbrief oder durch Hinterlegung des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung einzureichen.

