

# CKK-Assura

Absicherung für alltägliche  
Versorgung  
Allgemeine Bestimmungen

2025



# INHALTSÜBERSICHT

Artikel 1 – Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung	3
Artikel 2 – Auswirkung der Nichtzahlung der Beiträge zur Zusatzversicherung 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	3
Artikel 3 – Territorialer Geltungsbereich	4
Artikel 4 – Vertragsabschluss	4
Artikel 5 – Wirksamwerden des Versicherungsschutzes	5
Artikel 6 – Die Wartezeit	5
Artikel 7 – Befreiung von der Zeichnungspflicht	6
Artikel 8 – Zweck des Vertrags	7
Artikel 9 – Erstattungsmodalitäten	7
Artikel 10 – Grundsatz der Solidarität	12
Artikel 11 – Ausschlüsse – Ablehnung der Kostenübernahme	12
Artikel 12 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Nebenversicherten	12
Artikel 13 – Die Prämien	13
Artikel 14 – Nichtzahlung der Prämie	13
Artikel 15 – Vertrags- und Tarifänderungen	13
Artikel 16 – Dauer und Ende des Versicherungsvertrags	14
Artikel 17 – Schutz personenbezogener Daten	15
Artikel 18 – Forderungsübergang und Rückforderung	15
Artikel 19 – Verjährungsfrist	16
Artikel 20 – Streitigkeiten oder Beschwerden	16
Artikel 21 – Festlegung der Prämie	16
<b>ANHANG 1</b>	17
Prämien	17
<b>ANHANG 2</b>	19
Begriffserläuterungen	19

## Artikel 1 – Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung

§1. Der in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebene Versicherungsschutz ist den Mitgliedern der CKK, die der CKK-Assura angeschlossen ist, vorbehalten. Die Mitgliedschaft bei der CKK ist für die Dauer des Vertrags mit der CKK-Assura erforderlich.

Unter Mitglied ist zu verstehen:

- Mitglied der CKK, das einen Vorteil der Zusatzversicherung im Sinne von Artikel 2, 1°, des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 in Anspruch nehmen kann.
  - Mitglied, dessen Möglichkeit, einen Vorteil der Zusatzversicherung der CKK in Anspruch zu nehmen, im Sinne von Artikel 2, 2°, des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 aufgehoben ist.
  - Mitglied der CKK, dessen Möglichkeit, einen Vorteil der Zusatzversicherung in Anspruch zu nehmen abgeschafft wird, im Sinne des Artikels 2, 3°, des vorgenannten Königlichen Erlasses vom 7. März 1991, sofern es seit Beginn des in Artikel 2quater Absatz 3 und folgende 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 die 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) Mitversicherten.
- §3. Jede Änderung der Zusammensetzung des Haushalts ist der CKK innerhalb von 30 Tagen nach der Änderung per Einschreiben, einfacher Post oder auf elektronischem Weg zu melden. Nach Ablauf dieser Frist wird die Änderung am 1. Tag des Monats, der auf den Eingang der Information bei der CKK folgt, wirksam.
- §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 Krankenkassenlandesverbände.

## Artikel 2 – Auswirkungen der Nichtzahlung der Beiträge zur Zusatzversicherung 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 der CKK und dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen 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 seines Versicherungsschutzes 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. Das Mitglied, dessen Möglichkeit, die Vorteile der Zusatzversicherung in Anspruch zu nehmen, aufgehoben wurde, das sich erneut angemeldet hat und sich in einer 6- bis 24-monatigen Wartezeit befindet, um diese Vorteile wieder in Anspruch nehmen zu können, und das seit Beginn dieser Wartezeit seine Beiträge regelmäßig gezahlt hat, kann eine CKK-Assura-Versicherungspolice abschließen und den Versicherungsschutz zu den in diesen allgemeinen Bestimmungen für neue Mitgliedschaften festgelegten Bedingungen in Anspruch nehmen.
- Wenn das Mitglied während der genannten Wartezeit mit der Zahlung seiner Beiträge erneut sechs Monate im Rückstand ist, wird sein Versicherungsvertrag aufgelöst.

Dieser Zeitraum von 6 Monaten wird ausgesetzt,

- wenn sich diese Person in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder des Konkurses befindet;
- wenn diese Person zu einer mitversicherten Person eines eigenständig Versicherten geworden ist, der seine Beiträge für die Zusatzversicherung nicht ordnungsgemäß bezahlt hat.

## 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 gesetzlichen Krankenversicherung in Belgien unterliegt.
- §2. Die Medi + Versicherung deckt nur Leistungen und Lieferungen von zugelassenen Leistungserbringern, die nach belgischem Recht und dem Recht der Grenzländer anerkannt sind.

## Artikel 4 – Vertragsabschluss

- §1. Der Vertrag beginnt am 1. Tag des Monats, der auf den Eingang der vom Versicherungsnehmer unterzeichneten besonderen Bestimmungen bei der CKK folgt. Wenn die besonderen Bestimmungen jedoch nach dem 15. des Monats, der auf ihre Ausstellung folgt, eingehen, beginnt der Vertrag am 1. Tag des darauffolgenden Monats. Wenn die unterzeichneten besonderen Bestimmungen nicht innerhalb von drei Monaten

nach ihrer Ausstellung bei der CKK eingereicht werden, ist der Vertrag hinfällig, selbst wenn die entsprechenden Prämien gezahlt wurden; in diesem Fall werden die Prämien zurückerstattet.

Die besonderen Bestimmungen enthalten die in Artikel 64, §2 des Gesetzes vom 04. April 2014 über Versicherungen vorgesehenen Angaben.

- §2. Ein Versicherungsvertrag kann im Ferngeschäft abgeschlossen werden. Dabei handelt es sich um einen Vertrag, der zwischen dem Versicherungsunternehmen und dem Versicherungsnehmer im Rahmen eines organisierten Systems für den Fernabsatz von Waren oder Dienstleistungen ohne gleichzeitige physische Anwesenheit des Anbieters und des Versicherungsnehmers unter ausschließlicher Verwendung einer oder mehrerer Fernkommunikationstechniken bis zu dem Zeitpunkt und einschließlich des Zeitpunkts, zu dem der Vertrag geschlossen wird, geschlossen wird.  
In diesem Fall gilt er als abgeschlossen, wenn die CKK die Annahme vom Versicherungsnehmer auf elektronischem Wege oder auf per Post erhält.

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 Frist, innerhalb derer dieses Recht ausgeübt werden kann, läuft ab dem Tag des Abschlusses des Versicherungsvertrags.

Die Kündigung durch den Versicherungsnehmer wird unmittelbar nach Mitteilung wirksam, die Kündigung durch den Versicherer 8 Tage nach Mitteilung.

- §3. 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.

## Artikel 6 – Die Wartezeit

- §1. Ab dem Zeitpunkt des Vertragsbeginns unterliegt die versicherte Person einer Wartezeit von 6 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.

## §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, die mögliche Wartezeit erfüllt ist und die Prämien bezahlt wurden, sofern das in den besonderen Bestimmungen des neuen Vertrags genannte Datum des Versicherungsbeginns innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des vorherigen Versicherungsschutzes liegt.
  - Wenn die Wartezeit in der vorherigen Versicherung noch nicht erfüllt ist, wird die bereits zurückgelegte Wartezeit von der abgezogen, die bei der CKK-Assura zu erfüllen ist.
  - Wenn eine mitversicherte Person im Laufe des ersten Kalenderquartals nach der Unterzeichnung seiner ersten Einschreibung als eigenständig Versicherter bei der CKK eine Medi + Versicherung abschließt, und sofern er seine Wartezeit während des Medi + Versicherungsvertrags geleistet hat, der von dem Hauptversicherten abgeschlossen wurde, bei dem er im Sinne der Pflichtversicherung mitversichert war.
  - Bei Geburt oder Adoption ist das Kind von der Wartezeit befreit, sofern der Hauptversicherte, der den Anspruch auf Versicherungsschutz begründet, seine Wartezeit erfüllt hat oder davon befreit wurde. Wenn die Wartezeit des Hauptversicherten noch läuft, entspricht die Wartezeit des Kindes der des Hauptversicherten.

## Artikel 7 – Befreiung von der Zeichnungspflicht

Jeder Versicherungsnehmer, der eine in diesen allgemeinen Bestimmungen beschriebenen Versicherung abschließen möchte, ist verpflichtet, dies für den gesamten Krankenkassenhaushalt zu tun.

Diese Verpflichtung gilt nicht für ein Mitglied des Krankenkassenhaushalts, das nachweist, dass es durch eine privat oder kollektiv abgedeckt ist, d.h. von seinem Arbeitgeber finanziell unterstützte Versicherung 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 ab dem Datum des Inkrafttretens des neuen 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 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 vollständige oder teilweise finanzielle Übernahme durch den Arbeitgeber eingehen.
- Erwirbt eine versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages einen privaten Versicherungsschutz, wird ihre Versicherungspolice nach den in dem Artikel „Dauer und Ende des Versicherungsvertrags“ dieser allgemeinen Bestimmungen dargelegten Bedingungen aufgehoben.

## Artikel 8 – Zweck des Vertrags

- §1. Zweck des Versicherungsschutzes ist es, zu Lasten des Versicherers einen finanziellen Beitrag zu den Kosten für medizinische oder paramedizinische Leistungen und Lieferungen eines in diesem Artikel aufgeführten Versicherten zu gewähren.

Es handelt sich um eine Entschädigungsversicherung. In keinem Fall darf die Entschädigung, ob kumuliert oder nicht mit jeder anderen Erstattung aus dem gleichen Grund, den Betrag der tatsächlich entstandenen Kosten des Versicherten übersteigen. Die Leistung des Versicherers wird gegebenenfalls entsprechend begrenzt. Der Versicherte verpflichtet sich, der CKK die Abrechnung der Kostenerstattung eines Drittversicherers mitzuteilen.

- §2. Der Versicherer zahlt in der folgenden Reihenfolge und nachdem der Versicherte alle Möglichkeiten der Kostenbeteiligung ausgeschöpft hat:
- der gesetzlichen Kostenbeteiligung der Pflichtversicherung einschließlich der maximalen Gesundheitsrechnung (MAGER)
  - die aus der Gesetzgebung über Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten oder aus Entschädigungen aus dem Haftpflichtrecht ausgehen
  - die ausgehen von der Anwendung ausländischer Rechtsvorschriften
  - die ausgehen von Kostenerstattungen der satzungsmäßigen Leistungen, die im Rahmen der Zusatzversicherung ausgerichtet werden

Wenn der Versicherte mehrere Versicherungsverträge bei CKK-Assura hat und die gleiche Leistung durch diese verschiedenen Verträge gedeckt werden kann, greift zuerst die Versicherung Medi +, dann die Krankenhausversicherungen Hospi +, Hospi +100 oder Hospi +200 und zuletzt die Versicherung Denta +.

## Artikel 9 – Erstattungsmodalitäten

Medi + deckt sechs Arten von Leistungen:

§1. **Optik**

*Beschreibung*

Medi + beteiligt sich an den Kosten für den Kauf von Korrekturlinsen, Brillenfassungen mit Korrekturgläsern, die Erneuerung von Brillengläsern und das Leasing von Brillenfassungen mit Korrekturgläsern.

Die Versicherung beteiligt sich an den Kosten für refraktive chirurgische Eingriffe zur Korrektur von Sehstörungen.

*Betrag/Höchstgrenze*

Erstattung von bis zu 400 € der verbleibenden Kosten für den Kauf von Brillen und Kontaktlinsen sowie für das Leasing von Brillen.

Die Erstattung für die refraktive Chirurgie beträgt maximal 250 € pro Auge.

*Verlängerungsfrist*

Die Frist für die Erneuerung der Erstattung für Brillen und Kontaktlinsen beträgt drei Kalenderjahre. Der genannte Zeitraum von drei Kalenderjahren beginnt in dem Jahr, in dem die erste Rechnung ausgestellt wurde, die zur Erstattung eingereicht wurde.

Für die refraktive Chirurgie wird nur ein Eingriff pro Auge und Versicherten erstattet.

### *Bedingungen*

Die Erstattung bezieht sich auf Leistungen und Ausstattungen, die zum Ziel haben, Sehstörungen zu korrigieren.

### *Ausschlüsse*

Für die folgenden Leistungen ist keine Erstattung vorgesehen:

- Orthokeratologie-Linsen
- Material ohne Augenkorrektur
- chirurgische Eingriffe, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind.

### *Belege*

Die Erstattung für Brillen und Kontaktlinsen erfolgt auf der Grundlage der Rechnung des Optikers, die auf den Namen des Versicherten ausgestellt wird.

Die refraktive Chirurgie wird entweder auf der Grundlage des vom Augenarzt ausgefüllten CKK-Formulars oder auf der Grundlage der Rechnung des Leistungserbringers (mit Angabe des operierten Auges) durchgeführt.

## §2. **Hörvermögen**

### *Beschreibung*

Kostenerstattung für ein Hörgerät.

### *Betrag/Höchstgrenze*

Die Kostenerstattung beträgt maximal 600 € für ein monophones Hörgerät oder ein kontralaterales Hörgerät.

Der Zuschuss beträgt maximal 1 200 € für ein Stereogerät.

### *Verlängerungsfrist*

Die Frist für die Erneuerung der Erstattung entspricht der Frist, die von der Pflichtversicherung für die Erstattung von Hörgeräten festgelegt wurde.

### *Bedingungen*

Die Erstattung wird für Hörgeräte gewährt, die von der Pflichtversicherung übernommen werden.

### *Ausschlüsse*

Für die folgenden Leistungen ist keine Erstattung vorgesehen:

- Anträge, die sich auf Cochlea-Implantate beziehen.
- Kosten, die entstehen, wenn nach den Tests keine Hörgeräte ausgegeben werden (Leistungen 679615–679626).
- Anträge für Hörgeräte, die nicht von der Pflichtversicherung erstattet werden.

### *Belege*

Die Erstattung erfolgt auf der Grundlage der Verschreibung (Anhang 17) und der Abgabebescheinigung (Anhang 12).

## §3. **Beratungen**

### *Beschreibung*

Kostenbeteiligung für die gesetzlichen Eigenanteile für ambulante medizinische und paramedizinische Behandlungen, die von der Pflichtversicherung gedeckt sind. Bei der medizinischen und paramedizinischen Versorgung handelt es sich um Beratungen und technische Leistungen, die von einem Allgemeinmediziner, Facharzt, Logopäden, Kinesiotherapeuten oder einer Hauskrankenpflegekraft bescheinigt werden.



#### *Beträge/Höchstgrenze*

Der Betrag der Erstattung darf den Betrag des vom Versicherten gezahlten Eigenanteils nicht übersteigen. Die Medi + erstattet die Eigenbeteiligung nur dann, wenn kein anderer Mechanismus der Pflicht- oder Zusatzversicherung diese Leistungen erstatten kann.

#### *Bedingungen*

Die im Rahmen dieser Erstattung zurückgezahlten Beratungen und technischen Leistungen müssen Anspruch auf eine Erstattung durch die Pflichtversicherung haben.

#### *Ausschlüsse*

Für die folgenden Leistungen ist keine Erstattung vorgesehen:

- Honorarzuschläge
- Zahnärztliche Leistungen
- Eigenanteile, die sich auf bildgebende Verfahren, Radiologie und klinische Biologie beziehen
- Leistungen, die während eines Krankenhausaufenthalts erbracht werden
- Bandagisten- und Orthopädiebedarf
- Leistungen, die in anderen Erstattungen dieser allgemeinen Bestimmungen aufgeführt sind

#### *Belege*

Die Erstattung erfolgt auf der Grundlage der Behandlungsbescheinigung oder auf der Grundlage der vom Leistungserbringer gesendeten Informationen.

### §4. **Psychologie und Sexologie**

#### *Beschreibung*

Medi + erstattet Kosten für Beratungen in den Bereichen klinische Psychologie, klinische Orthopädie, klinische Sexologie und Psychotherapie.

#### *Beträge/Höchstgrenze*

Der Höchstbetrag der Erstattung beträgt 25 € pro Beratung mit einem Höchstbetrag von 600 € pro Kalenderjahr für die gesamte Erstattung Psychologie und Sexologie.

#### *Bedingungen*

- Die Erstattung gilt für Sitzungen, die bei Leistungserbringern durchgeführt werden, die:
- entweder ein Praktiker mit einem Bachelor- oder Masterabschluss in Psychologie im Sinne des Gesetzes vom 8. November 1993, das den Titel des Psychologen schützt
    1. und die von der Psychologenkommision anerkannt ist und/oder
    2. der im Besitz eines Visums und/oder einer Zulassung ist, die vom FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt ausgestellt wurde
  - oder ein Psychotherapeut sein, der von der Association belge de psychothérapie (ABP) anerkannt ist und ein europäisches Zertifikat besitzt
  - oder ein Sexologe sein, der Mitglied der Société des Sexologues Universitaires de Belgique (SSUB) ist, oder in einem anerkannten und/oder staatlich zugelassenen Zentrum für Familienplanung und Eheberatung, in einem anerkannten und/oder staatlich zugelassenen Dienst für psychische Gesundheit, in einem Zentrum mit spezifischem und multidisziplinärem Ansatz, einem Ärztehaus oder einer Poliklinik oder in einem Krankenhaus tätig sein.

#### *Ausschlüsse*

Für die folgenden Leistungen ist keine Erstattung vorgesehen:

- Leistungen, die von einem Psychologen oder Orthopädagogen erbracht werden, der nicht in der Psychologenkommision eingetragen ist oder der nicht im Besitz eines Visums und/oder einer vom FÖD Volksgesundheit ausgestellten Zulassung ist

- Sitzungen, die von einem Sexologen, der nicht Mitglied der SSUB ist, oder von einem Psychotherapeuten, der nicht Mitglied des ABP ist, durchgeführt werden.

#### *Belege*

Die Kostenübernahme erfolgt entweder auf der Grundlage des entsprechenden Formulars, das bei der CKK erhältlich ist und vom Leistungserbringer ordnungsgemäß ausgefüllt wurde, oder auf der Grundlage eines vom Leistungserbringer ordnungsgemäß ausgefüllten Belegs, der das Behandlungsdatum, die Art der Leistung, den Namen des Patienten, den vom Patienten gezahlten Betrag, den Namen des Leistungserbringers und die Unterschrift und/oder den Stempel des Leistungserbringers enthält.

## §5. **Alternative Therapien und Prävention**

### *Beschreibung*

Medi + beteiligt sich an den Kosten für Leistungen in den Bereichen Osteopathie, manuelle Medizin, Chiropraktik, Akupunktur, Homöopathie (mit Ausnahme von homöopathischen Arzneimitteln), Diätetik, Ernährungsmedizin, den Kauf von Impfungen und Kosten im Rahmen von Blutanalysen.

### *Beträge/Höchstgrenze*

Der Erstattungsbetrag liegt bei maximal 25 € pro Leistung. Der Höchstbetrag für die gesamte Erstattung Alternative Therapien und Prävention liegt bei 250 € pro Kalenderjahr

### *Bedingungen*

- Leistungen im Bereich der Osteopathie, der manuellen Medizin, der Chiropraktik und der Akupunktur müssen von einem von der CKK-Assura anerkannten Leistungserbringer erbracht werden.
- Homöopathische Leistungen müssen von einem Arzt erbracht werden, der diese Disziplin im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen ausübt.
- Die diätetischen Leistungen müssen von einem vom LIKIV zugelassenen Ernährungsberater oder einem Ernährungsmediziner erbracht werden.
- Die gekauften Impfstoffe und Desensibilisierungsmittel müssen auf der Liste des Belgischen Zentrums für Pharmakotherapeutische Information (CBIP) aufgeführt sein.
- Bluttests müssen von einem zugelassenen Labor und außerhalb eines Krankenhausaufenthalts durchgeführt werden.

### *Ausschlüsse*

Für die folgenden Leistungen ist keine Erstattung vorgesehen:

- Homöopathische Arzneimittel;
- Impfstoffe, die in Impfnetzen für Kleinkinder, von der Arbeitsmedizin oder aufgrund anderer Vorschriften kostenlos erhältlich sind;
- Bluttests, die während eines Krankenhausaufenthalts durchgeführt werden.

### *Belege*

Die Erstattung erfolgt:

- für Osteopathie, manuelle Medizin, Akupunktur und Chiropraktik: auf Grundlage der Behandlungsbescheinigung, die die Kontaktdaten, den Stempel und/oder die Unterschrift des Leistungserbringers, die Zulassungsnummer, die Art der Leistung, das Datum der Leistung, den gezahlten Betrag und die Kontaktdaten des Versicherten enthält.
- für Beratungen bei einem Diätassistenten oder Ernährungsmediziner: auf Grundlage der Rechnung des Leistungserbringers oder des bei der CKK erhältlichen entsprechenden Formulars, das vom Leistungserbringer ordnungsgemäß ausgefüllt wurde.

- für den Kauf eines Impfstoffs oder eines Desensibilisierungsmittels: auf Grundlage der BVAC-Bescheinigung oder der offiziellen Bescheinigung der Travel Clinic. Für Grenzländer erfolgt die Erstattung auf der Grundlage einer offiziellen Bescheinigung einer Apotheke.
- bei Bluttests: auf Grundlage der Laborrechnung.

## §6. **Fußpflege**

### *Beschreibung*

Medi + erstattet Kosten für den Kauf von orthopädischen Einlagen, für Leistungen der medizinischen Fußpflege und für Besuche und Beratungen bei Podologen.

### *Beträge/Höchstgrenze*

Die Kostenerstattung bezieht sich auf den Betrag, den der Versicherte noch für orthopädische Einlagen, medizinische Fußpflege und Konsultationen bei einem Podologen zu zahlen hat.

Die Kostenbeteiligung ist auf 100 € pro Kalenderjahr für den Vorteil „Fußpflege“ begrenzt.

### *Bedingungen*

- Orthopädische Einlagen sollten bei einem Orthopäden, Bandagisten, Podologen oder Posturologen gekauft werden.
- Leistungen der Fußpflege müssen bei einem vom LIKIV zugelassenen Podologen oder einem medizinischen Fußpfleger durchgeführt werden.

### *Ausschlüsse*

- Es sind keine Erstattung für die Abgabe von anderem Bandagiermaterial oder orthopädischem Material vorgesehen.
- Für die kosmetische Fußpflege ist keine Kostenbeteiligung vorgesehen.

### *Belege*

Die Erstattung erfolgt auf der Grundlage der Behandlungsbescheinigung, der Rechnung oder auf der Grundlage der vom Leistungserbringer gesendeten Informationen.

Der Anspruch kann in einigen Gesetzgebungen an Bedingungen geknüpft sein und überprüft werden.

Die Rückzahlung wird als erstattbarer Vorschuss gewährt. Wenn dem Versicherten oder einem Mitglied des Krankenkassenhaushalts das Recht auf Erstattung der genannten Rechtsvorschriften mitgeteilt wird, wird der Versicherer alle Beträge zurückfordern, die durch diese Rechtsvorschriften gedeckt werden können. Der Versicherte verpflichtet sich, der CKK oder CKK-Assura die Abrechnung der Kostenerstattung eines Drittversicherers mitzuteilen. Eine eventuelle Gutschrift muss dem Versicherer so schnell wie möglich übermittelt werden.

Die CKK-Assura behält sich das Recht vor, vom Leistungserbringer die erforderlichen Unterlagen anzufordern, um die Art und Ausführung zu überprüfen. In Übereinstimmung mit den Gesetzen zum Schutz personenbezogener Daten und den Patientenrechten ermächtigt der Versicherte oder die von ihm bezeichnete Person CKK-Assura, die medizinischen Daten und/oder Berichte, die im Rahmen einer einseitigen oder kontradiktorischen Untersuchung verfasst wurden, vollständig vom Leistungserbringer, der betreffenden Einrichtung einzufordern. CKK-Assura ist außerdem berechtigt, die zu Unrecht in Rechnung gestellten Beträge, die zu seiner Intervention geführt haben, von der Einrichtung oder dem Leistungserbringer zurückzufordern. Die Erstattung der entstandenen Kosten erfolgt nach der von der Pflichtversicherung festgelegten Honorarordnung, im Rahmen der Höchstgrenzen für die Kostenübernahme und nach Abzug der vorherigen, gemäß diesem Artikel erfolgten Erstattungen.

## Artikel 10 – 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 11 – Ausschlüsse – Ablehnung der Kostenübernahme

Von der Versicherung ausgeschlossen sind:

- Behandlungen und Medizinprodukte für kosmetische Behandlungen, für die keine Kostenübernahme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist;
- Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus dem Einsatz von Waffen oder Vorrichtungen ergeben, deren Explosion durch eine strukturelle Veränderung des Atomkerns hervorgerufen wird;
- 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.

## Artikel 12 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Nebenversicherten

- §1. Die versicherten Personen müssen den Zustimmungsantrag gemäß dem Artikel „Schutz personenbezogener Daten“ ausfüllen.
- §2. Der Versicherungsnehmer und/oder die Nebenversicherten muss/müssen, der CKK oder der CKK-Assura innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Eintretens des Ereignisses durch Einschreiben, einfaches Schreiben oder auf elektronischem Weg Folgendes mitteilen:
  - 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 Nebenversicherten muss/müssen, der CKK innerhalb kürzester Frist den Eintritt eines Schadensfalls mithilfe der zu diesem Zweck vorgesehenen Unterlagen (vgl. Artikel „Kostenerstattungsverfahren“ dieser allgemeinen Bestimmungen) und allen Originalbelegen für die entstandenen Kosten melden.
- §4. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Prämie nach Erhalt der Fälligkeitsmitteilung zu zahlen.

## Artikel 13 – Die Prämien

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

Die Prämie ist vom Versicherungsnehmer zu zahlen, sobald er die Fälligkeitsmitteilung erhält. Im Falle der Aufnahme eines neuen Zweitversicherten 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

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

Das Mahnschreiben 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 Beendigung des Vertrags wird am Tag nach dem Ende der 15-tägigen Frist wirksam.

## Artikel 15 – Vertrags- und Tarifänderungen

- §1. Prämien, Selbstbehalte und Leistungen können von Rechts wegen mit Wirkung vom Beginn eines jeden Versicherungsjahres, wie im Anhang definiert, auf der Grundlage der Entwicklung des Verbraucherpreisindex, gemessen im Monat Juni, 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 des Jahres „n-1“ und dem des Jahres „n-2“ multipliziert wird.
- §2. Prämien, Selbstbehalte und Leistungen können auch zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres 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 oder dieser Indizes die des Verbraucherpreisindex übersteigt. Der verwendete Index ist der globale Index für das zweite Quartal des Vorjahres.
- §3. Das Kontrollamt der Krankenkassen kann von der CCK-Assura verlangen, einen Tarif auszugleichen, wenn die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt. Darüber hinaus kann das Kontrollamt für Krankenkassen auf Antrag der CCK-Assura und wenn es feststellt, dass die Anwendung dieses Tarifs ungeachtet der Anwendung der §§1 und 2 zu Verlusten führt oder führen könnte, die CCK-Assura ermächtigen, Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Tarife ins Gleichgewicht zu bringen. Diese Maßnahmen können eine Anpassung der Versicherungsbedingungen beinhalten.

- §4. Die Prämienhöhung gilt:
- für Verträge, die ab der Bekanntgabe der Entscheidung des Kontrollamts der Krankenkassen 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 Kontrollamts der Krankenkassen fällig werden.
- §5. Alle Steuern, Abgaben, Beiträge oder Gebühren im Zusammenhang mit dem von der CKK-Assura angebotenen Versicherungsschutz, die gesetzlich oder durch andere behördliche Bestimmungen vorgeschrieben sind, sind allein vom Versicherungsnehmer zu tragen.
- §6. Ändert die CKK-Assura die Bestimmungen oder die 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 weitere Änderungen der Versicherungsbedingungen durch das Kontrollamt der Krankenkassen 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 Kündigungsantrag spätestens am letzten Tag des zweiten Monats des gleichen Quartals bei der CKK oder CKK-Assura gestellt wurde. Andernfalls wird die Kündigung auf das Ende des folgenden Quartals verschoben.
    - nach einer Mitteilung über eine Änderung der Vertrags- oder Tarifbedingungen (außer Verbraucherindex oder spezifischen medizinischen Index): innerhalb von 3 Monaten nach der Mitteilung dieser Änderungen durch den Versicherte. Das Inkrafttreten erfolgt im Monat nach Eingang des Kündigungsantrags bei der CKK oder CKK-Assura.
    - bei ähnlicher Versicherung über den Arbeitgeber: am Ende des Monats nach Eingang des Antrags bei der CKK-Assura und einer Bescheinigung, die ausdrücklich die Art der Versicherung, die Gesellschaft, die versicherten Personen und die Tatsache, dass die Versicherung vom Arbeitgeber finanziell ganz oder teilweise übernommen wird, angibt.
  - einer Kündigung durch die CKK-Assura:
    - wenn die Prämien nicht bezahlt werden,
    - wenn der Versicherungsnehmer stirbt,
    - wenn die versicherte Person die im Artikel „Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung“ dieser allgemeinen Bestimmungen festgelegten Bedingungen für die Zeichnung nicht mehr erfüllt,
1. am Ende des Monats, in dem sich der Mitversicherte eines eigenständig Versicherten, der Mitglied der wahlfreien Versicherung ist, bei einer anderen Krankenkasse als eigenständig Versicherter anmeldet.
  2. am Ende des Monats, in dem sich der eigenständig Versicherte, der Mitglied der

- wahlfreien Versicherung ist, bei einer anderen Krankenkasse als Mitversicherter anmeldet,
3. am Ende des Quartals, das dem Inkrafttreten der Anmeldung einer nicht hier oben nicht 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. Die Kündigung ist per Einschreiben, Gerichtsvollzieherbrief oder durch Zustellung des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbestätigung zu übermitteln.
  - §4. Die Kündigung hat nicht zur Folge, dass eine eventuelle Schuld zugunsten des Versicherers erlischt. Der Versicherte bleibt drei Jahre lang verpflichtet, die geschuldeten Prämien und Prämienrückstände zu zahlen. Gegebenenfalls wird die CKK-Assura ihre Kostenerstattungen mit den Schulden des Versicherungsnehmers verrechnen.
  - §5. Wenn der Vertrag bei der CKK-Assura gekündigt wurde, kann ein neuer Vertrag unter folgenden Bedingungen abgeschlossen werden:
    - ohne Wartezeit und ohne Prämienhöhung im Vergleich zum vorherigen Vertrag, wenn der Neuabschluss innerhalb von drei Monaten nach der Kündigung und nach Begleichung eventueller Schulden erfolgt, sofern die Versicherungspolice die gleichen Garantien wie die vorherige Versicherungspolice enthält.
    - mit Wartezeit und mit erhöhten Prämien, wenn der neue Vertrag nach mehr als drei Monaten nach der Kündigung und nach Bereinigung eventueller Schulden abgeschlossen wird.

## Artikel 17 – Schutz personenbezogener Daten

Die CKK-Assura verarbeitet personenbezogene Daten in Übereinstimmung mit den Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten. Die Datenschutzerklärungen von CKK-Assura sind auf der Website [ckk-mc.be/disclaimer](http://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 unabsichtlich 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 – 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 der CKK vor Ablauf einer Frist von drei Jahren ab dem Datum, an dem der Versicherte den Beleg erhält, zu übermitteln. 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 20 – Streitigkeiten oder Beschwerden

### §1. Umgang mit Beschwerden

Im Falle einer Streitigkeit im Zusammenhang mit der Ausführung des vorliegenden Vertrags hat der Versicherte die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

- an die Beschwerdestelle der CKK: Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel ([plaintes@mc.be](mailto:plaintes@mc.be) | [ckk-mc.be/beschwerde](http://ckk-mc.be/beschwerde))
- an die Vermittlungsstelle des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen per E-Mail an [mediateur@mc.be](mailto:mediateur@mc.be) oder per Post an den Landesbund der Christlichen Krankenkassen – Médiateur, Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel.
- an den Versicherungsombudsmann per E-Mail an [info@ombudsman-insurance.be](mailto:info@ombudsman-insurance.be) oder mit der Post an den Ombudsman der Versicherungen, Square de Meeûs 35, 1000 Brüssel ([ombudsman-insurance.be/fr](http://ombudsman-insurance.be/fr)).

### §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.

## Artikel 21 – Festlegung der Prämie

### §1. Die vom Schuldner 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 50. Lebensjahr wird die Prämie erhöht. Der Erhöhung gilt nur für den betroffenen Versicherten.

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

### §2. Die Höhe der Jahresprämie wird bestimmt:

- für einen neuen Versicherten bei der CKK-Assura durch das Alter, das er am Tag des Beginns der Laufzeit seines Vertrags erreicht hat,
- für jeden anderen Versicherten durch das Alter, das er am 1. Januar des Kalenderjahres erreicht hat.

### §3. Die Höhe der Jahresprämien und die Aufteilung dieser Prämien in Verwaltungskosten, Vertriebskosten und Prämien ohne diese Kosten sind im Anhang "Prämien" der vorliegenden allgemeinen Bestimmungen festgelegt.



# Anhang 1

## 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 verglichen werden.

Am 1. Januar 2025 gelten folgende jährliche Prämienbeträge:

Prämien bei Abschluss vor dem Alter von 50 Jahren						
Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Bis 6 Jahre	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Von 7 bis 19 Jahre	66,36 €	0,00 €	66,36 €	5,27 €	2,96 €	58,13 €
Von 20 bis 34 Jahre	112,20 €	0,00 €	112,20 €	8,91 €	5,00 €	98,29 €
Von 35 bis 49 Jahre	147,84 €	0,00 €	147,84 €	11,74 €	6,59 €	129,51 €
Von 50 bis 64 Jahre	202,20 €	0,00 €	202,20 €	16,05 €	9,02 €	177,13 €
Von 65 bis 74 Jahre	274,20 €	0,00 €	274,20 €	21,77 €	12,23 €	240,20 €
Ab 75 Jahren	392,88 €	0,00 €	392,88 €	31,19 €	17,52 €	344,17 €

## Erhöhte Prämien bei Abschluss nach dem Alter von 50 Jahren

Aktuelles Alter	Zeichnungsalter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 50 bis 64 Jahre	Von 50 bis 64 Jahre	222,48 €	0,00 €	222,48 €	17,66 €	9,92 €	194,90 €
Von 65 bis 74 Jahre	Von 50 bis 64 Jahre	301,68 €	0,00 €	301,68 €	23,95 €	13,45 €	264,28 €
	Von 65 bis 74 Jahre	329,04 €	0,00 €	329,04 €	26,13 €	14,68 €	288,23 €
Ab 75 Jahren	Von 50 bis 64 Jahre	432,24 €	0,00 €	432,24 €	34,32 €	19,28 €	378,64 €
	Von 65 bis 74 Jahre	471,48 €	0,00 €	471,48 €	37,44 €	21,03 €	413,01 €
	Ab 75 Jahren	510,84 €	0,00 €	510,84 €	40,56 €	22,78 €	447,50 €

# Anhang 2

## Begriffserläuterungen

### ÄHNLICHE VERSICHERUNG

Jede Versicherung mit Entschädigungsfunktion, deren Erstattungen von der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannte Leistungen sowie von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anerkannte Leistungen umfassen.

### BEFREIUNG DER WARTEZEIT

Abschaffung oder Verkürzung des Zeitraums, in dem die Versicherung keinerlei Schadensfall abdeckt.

### COCHLEA-IMPLANTAT

Elektronisches medizinisches Gerät, das Menschen mit hochgradiger oder schwerer Taubheit dabei helfen soll, Töne wahrzunehmen. Es umgeht die beschädigten Teile des Innenohrs und stimuliert mithilfe elektrischer Signale direkt den Hörnerv. Die Implantation eines Cochlea-Implantats erfordert einen chirurgischen Eingriff, an den sich eine Zeit der Hörrehabilitation anschließt.

### EIGENSTÄNDIG VERSICHERTER

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

### ENTSCHÄDIGUNGSVERSICHERUNG

Eine Versicherung, bei der sich der Versicherer verpflichtet, die Leistung zu erbringen, die erforderlich ist, um einen vom Versicherten erlittenen Schaden ganz oder teilweise zu beheben.

### FREISTELLUNG

Einrichtung, die es bestimmten Versicherten ermöglicht, nicht unter den Versicherungsschutz zu fallen und keine Prämien zu zahlen, die mit dem Versicherungsschutz verbunden sind.

### GARANTIE

Verpflichtung zu Rückzahlungen oder Leistungen, die der Vertrag dem Versicherer bei Eintritt des Risikos auferlegt.

### GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG (PFLICHTVERSICHERUNG)

Versicherung, die als Teil der sozialen Sicherheit vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung verwaltet wird und Anspruch auf Erstattung der Gesundheitsleistungen und Zahlung der Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit eröffnet.

### GESETZLICHER EIGENANTEIL

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

### HONORARZUSCHLÄGE

Von Ärzten und anderen Gesundheitsdienstleistern in Rechnung gestellter Betrag, der die offiziellen Tarife übersteigt, die von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden.

### KORREKTURGLÄSER

Brillengläser mit dem Ziel, Sehschwächen zu korrigieren (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit; Astigmatismus; Alterssichtigkeit).

### KRANKENKASSENHAUSHALT

Ein Krankenkassenhaushalt umfasst einen eigenständig Versicherten und seine(n) Mitversicherte(n) gemäß den Regeln, die in der Pflichtversicherung für Gesundheitspflege festgelegt sind.

### **MAXIMALE GESUNDHEITSRECHNUNG (MAGER)**

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

### **MEDIZINISCHE(R) FUSSPFLEGER(IN)**

Gesundheitsfachkraft mit Spezialisierung auf die Pflege und Behandlung von Fußleiden. Im Gegensatz zu kosmetischen Fußpflegern sind Leistungserbringer der medizinischen Fußpflege darin geschult, mit medizinischen und pathologischen Fußproblemen umzugehen.

### **MITVERSICHERTER**

Person, die mit der Akte des Hauptversicherten verbunden ist, auch eigenständig Versicherter genannt, und die die gleichen Vorteile genießt.

### **NOCH ZU ZAHLENDER BETRAG**

Der Teil der medizinischen Kosten, der nicht von der Pflichtversicherung erstattet wird und der direkt vom Patienten bezahlt werden muss.

### **PRÄMIE**

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

### **REFRAKTIVE CHIRURGIE**

Chirurgischer Eingriff zur Korrektur von Sehstörungen mithilfe eines Lasers oder eines intraokularen Implantats.

### **VERLÄNGERUNGSFRIST**

Mindestdauer, die vergehen muss, bevor eine Erstattung für dieselbe Leistung/ Abgabe erneut vom Versicherer erfolgen kann.

### **VERSICHERER**

CKK-Assura/MC Assure (RPM Brüssel 834.322.140) ist die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit der CKK, die vom KAK unter der Nummer 150/02 für die Zweige 2 und 18 zugelassen ist. Ihr Sitz befindet sich Chaussée de Haecht 579 BK40, 1031 Brüssel.

### **VERSICHERTER**

Versicherungsnehmer und unter den besonderen Bestimmungen und eventuellen Nachträgen bezeichnete mitversicherte Angehörige, die in den Genuss der in der Versicherungspolice genannten Versicherungsleistungen kommen.

### **VERSICHERUNGSNEHMER**

Person, die die Versicherung auf eigene Rechnung und/oder zugunsten der/des anderen Zweitversicherten abschließt.

### **VERSICHERUNGSVERTRAG**

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

### **WARTEZEIT**

Zeitraum, in dem die Versicherung keinerlei Schadensfall abdeckt.

### **ZUSATZVERSICHERUNG (ZV)**

Alle operativen Geschäfte und sonstigen Dienstleistungen, die zugunsten der Mitglieder, die ihre Beiträge regelmäßig entrichten, von der CKK und dem Landesbund der Christlichen Krankenkassen angeboten werden.







Die CKK-Assura ist eine Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit, die vom Kontrollamt der Krankenkassen die Zulassung erhalten hat, Krankenversicherungen im Sinne von Anhang 1, Zweig 2 des Königlichen Erlasses vom 22. Februar 1991 zur Einführung einer allgemeinen Regelung der Kontrolle der Versicherungsunternehmen anzubieten, sowie auf ergänzender Basis Risiken zu decken, die zur Beistandsleistung im Sinne von Anhang 1, Zweig 18 des genannten Königlichen Erlasses gehören.

Die CKK, dessen Sitz in der  
Chaussée de Haecht 579, BK 40, in 1031 Brüssel gelegen ist, ist der  
Versicherungsvermittler der CKK-Assura. Titelbild ©AdobeStock -  
CKK-Assura-009706-01-01-2025



## Weitere Auskünfte?

Besuchen Sie [ckk-mc.be/medi](https://ckk-mc.be/medi)

Kontaktieren Sie einen unserer Kundenberater: **087 32 43 33**  
oder über [ckk-mc.be/kontakt](https://ckk-mc.be/kontakt)

Lesen Sie das Merkblatt zur Medi + unter  
[ckk-mc.be/allgemeine-bestimmungen](https://ckk-mc.be/allgemeine-bestimmungen)



**CKK. Mitten im Leben.**