



CKK-Assura

Krankenhausversicherungen
Allgemeine Bestimmungen

2024



Inhaltsübersicht

TEIL 1	3
Artikel 1 – Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung	3
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	3
Artikel 3 – Territorialer Geltungsbereich	5
Artikel 4 – Vertragsabschluss	5
Artikel 5 – Wirksamwerden des Versicherungsschutzes	5
Artikel 6 – Die Wartezeit	6
Artikel 7 – Befreiung von der Zeichnungspflicht	7
Artikel 8 – Zweck des Vertrags	7
Artikel 9 – Grundsatz der Solidarität	8
Artikel 10 – Ausschluss – Ablehnung der Kostenübernahme	8
Artikel 11 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Nebenversicherten	9
Artikel 12 – Kostenerstattungsverfahren	9
Artikel 13 – Die Prämien	10
Artikel 14 – Nichtzahlung der Prämie	10
Artikel 15 – Vertrags- und Tarifänderungen	10
Artikel 16 – Dauer und Ende des Versicherungsvertrags	11
Artikel 17 – Schutz personenbezogener Daten	12
Artikel 18 – Forderungsübergang und Rückforderung	12
Artikel 19 – Aufgehoben	13
Artikel 20 – Verjährungsfrist	13
Artikel 21 – Aufgehoben	13
Artikel 22 – Streitigkeiten oder Beschwerden	13
TEIL 2	14
Artikel 23 – Festlegung der Prämie	14
Artikel 24 – Bedingungen der Kostenerstattung	14
TEIL 3	17
Artikel 25 – Besondere Vertragszeichnungsbedingungen	17
Artikel 26 – Festlegung der Prämie	17
Artikel 27 – Kostenerstattungsverfahren Hospi +100 und Hospi +200	18
ANHANG 1	22
ANHANG 2	23
ANHANG 3	24
Prämien	24
ANHANG 4	28
Begriffserläuterungen	28

TEIL 1

Gemeinsame Bestimmungen für die Krankenhausversicherungen

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 CKK-Mitgliedschaft ist für die Dauer des Vertrages mit der CKK-Assura erforderlich.

Unter Mitglied ist zu verstehen:

- Mitglied der CKK im Sinne von Artikel 2, 1° oder 2° des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.
- Mitglied der CKK 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 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 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 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 die Krankenkassen und 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 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. 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 unterhaltsberechtigten 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. Alle wahlfreien Versicherungen der CKK-Assura decken Krankenhausaufenthalte und Leistungen, die auf belgischem Gebiet erbracht werden.
- Die Hospi +, Hospi +100 und Hospi +200 umfassen auch die Krankenhausaufenthalte außerhalb des nationalen Hoheitsgebiets, im Rahmen eines bi- oder multilateralen Abkommens oder im Rahmen von europäischen Projekten vom Typ „Interreg“. Außerhalb des Staatsgebiets gewährte Leistungen werden auch Begünstigten mit Hauptwohnsitz

in einer Grenzregion gewährt, die in einer außerhalb des Staatsgebiets gelegenen Krankeneinrichtung in einem Umkreis von höchstens 25 km um ihren Hauptwohnsitz behandelt werden (Art. 294, 7° des Königlichen Erlasses vom 2. Juli 1996).

Artikel 4 – Vertragsabschluss

- §1. Der Vertrag beginnt am 1. Tag des Monats, der dem 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 4 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 unterzeichnet wird, geschlossen wird.
In diesem Fall gilt er als abgeschlossen, wenn die CKK oder die CKK-Assura die Annahme vom Versicherungsnehmer auf elektronischem Weg oder 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 Aufhebung durch den Versicherungsnehmer wird unmittelbar nach Mitteilung wirksam, die Aufhebung 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, außer im Falle eines Unfalls gemäß Artikel 6 §1 dieser allgemeinen Bestimmungen.
- §4. Eine Änderung des Vertrages in eine Formel mit einer anderen Deckung kann erst nach dem Datum des ersten Jahrestages der Vertragsunterzeichnung der bestehenden Versicherungsdeckung vorgenommen werden.
- Wenn es sich um eine Änderung in eine Formel mit einer höheren Deckung handelt, erfolgt sie am ersten Tag des Monats, der auf den Eingang des Antrags bei der CKK folgt, unter Einhaltung der in Artikel 4 §1 genannten Fristen.
 - Wenn es sich um eine Änderung in eine Formel mit einer geringeren Deckung handelt, wird sie am ersten Tag des Quartals nach Eingang des Antrags bei der CKK vorgenommen, unter Einhaltung der in Artikel 4 §1 genannten Fristen.

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 einer Krankenhausversicherung der CKK-Assura zu einer anderen Krankenhausversicherung der CKK-Assura mit höherer Deckung muss der Versicherte zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Deckung eine sechsmonatige Wartezeit in Bezug auf die neue Deckung erfüllen. Während der Wartezeit bleibt der vorherige Versicherungsschutz bestehen und wird im Schadensfall für den Versicherungsnehmer und den/die Zweitversicherten angewendet, sofern die Wartezeit für den vorherigen Versicherungsschutz erfüllt war.

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 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 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 der CKK unterzeichnet, eine Krankenhausversicherung abschließt und vorausgesetzt, dass seine Wartezeit während des Vertrages mit dem Hauptversicherten, dessen Mitversicherter er im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung war, erfüllt war, unabhängig von der gewählten wahlfreien Absicherung im Krankenhaus.

- 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. Wenn die Wartezeit des Hauptversicherten noch läuft, entspricht die Wartezeit des Kindes der verbleibenden Wartezeit dieses Hauptversicherten.

Artikel 7 – Befreiung von der Zeichnungspflicht

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 Mitglied des Krankenkassenhaushalts, 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 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 Tatsache, dass die Versicherung vom Arbeitgeber finanziell unterstützt wird, eingehen.
- Erwirbt eine versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages einen privaten Versicherungsschutz, wird ihre Versicherungspolice nach den in dem Artikel „Dauer und Ende des Versicherungsvertrags“ dieser allgemeinen Bestimmungen dargelegten Bedingungen aufgehoben.

Artikel 8 – Zweck des Vertrags

- §1. Zweck des Versicherungsschutzes ist es, auf Kosten des Versicherers 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. Der Versicherte verpflichtet sich, der CKK oder der CKK-Assura die Abrechnung der Kostenerstattung eines Drittversicherers mitzuteilen.

- §2. Der Versicherer zahlt erst dann, wenn der Versicherte zuvor alle seine Ansprüche ausgeschöpft hat:
- auf die gesetzliche Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der maximalen Gesundheitsrechnung (MAGER);
 - die ausgehen von den Rechtsvorschriften über Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten

- oder über Entschädigungen, die sich aus dem bürgerlichen Haftpflichtrecht ergeben;
- die ausgehen von der Anwendung ausländischer Gesetze;
- die ausgehen von Kostenerstattungen der satzungsmäßigen Leistungen, die im Rahmen der Zusatzversicherung ausgerichtet werden.

- §3. Die Eröffnung von Rechtsansprüchen im Rahmen bestimmter Gesetzgebungen kann an Bedingungen geknüpft sein.
In diesen Fällen wird die Rückerstattung als rückforderbarer Vorschuss gewährt. Wenn dem Versicherten oder einem Angehörigen des Krankenkassenhaushalts oder seiner Familie das Recht auf Kostenerstattung nach diesen Rechtsvorschriften mitgeteilt wird, zieht der Versicherer den Betrag wieder ein, der unter diese Rechtsvorschriften fallen kann. Der Versicherte verpflichtet sich, der CKK oder der CKK-Assura die Abrechnung der Kostenerstattung eines Drittversicherers mitzuteilen.

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 gesetzlichen Krankenversicherung 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;
- Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen, die keine wissenschaftliche Grundlage haben;
- zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns laufende Krankenhausaufenthalte;
- Krankenhausaufenthalte, die während der Wartezeit beginnen;
- Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Hilfsmittel, für die keine Erstattung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist;
- Gips- und Dialysepauschalen im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung;
- Kosten für den Transport in ein Altenheim oder Alten- und Pflegeheim, Erholungsheim und Rehabilitationszentrum;
- Zahnersatz oder Implantate, die während eines Krankenhausaufenthaltes eingesetzt werden;
- medizinische und paramedizinische Versorgung, die Gegenstand einer Kostenerstattung der Zusatzversicherungsleistung „Ambulante Versorgung von Kleinkindern“, war.

Artikel 11 – Verpflichtungen des Versicherungsnehmers und der Nebenversicherten

- §1. Die Versicherten müssen die Einverständniserklärung gemäß dem Artikel „Schutz personenbezogener Daten“ ausfüllen.
- §2. Der Versicherungsnehmer und/oder die Nebenversicherten muss/müssen, der CKK oder der CKK-Assur innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Eintretens des Ereignisses 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 Nebenversicherten muss/müssen, der CKK oder der CKK-Assura innerhalb kürzester Frist den Eintritt eines Risikos mithilfe der zu diesem Zweck vorgesehenen Unterlagen und aller Originalbelege für die entstandenen Kosten, soweit diese verlangt werden, melden.
- §4. Der Schuldner muss die Prämie nach Erhalt der Fälligkeitmitteilung zahlen.

Artikel 12 – Kostenerstattungsverfahren

- §1. Die Kostenerstattungen des Versicherers werden den Versicherten entweder auf der Grundlage eines Antragsformulars, dem gegebenenfalls Belege für die entstandenen Kosten beizufügen sind, oder auf der Grundlage einer online über das gesicherte Portal der CKK (ckk-mc.be/erstattung-hospi) eingereichten Schadensmeldung gewährt. 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 gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten Gebührenordnung und im Rahmen der Erstattungshöchstgrenzen sowie nach Abzug:
 - der nach dem Artikel „Zweck des Versicherungsvertrags“ dieser allgemeinen Bestimmungen durchgeführten Vorleistungen,
 - des in diesen allgemeinen Bestimmungen vorgesehenen Selbstbehalts.

Artikel 13 – Die Prämien

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

Die Prämie ist vom Schuldner 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 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 Beendigung des Vertrages wird am Tag nach dem Tag wirksam, an dem die 15-tägige Frist endet.

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 Verbraucherpreisindexes übersteigt. Der verwendete Index ist der globale Index für das zweite Quartal des Vorjahres.
- §3. Das Kontrollamt der Krankenkassen kann von der CKK-Assura verlangen, einen Tarif auszugleichen, wenn die Anwendung dieses Tarifs zu Verlusten führt. Darüber hinaus kann das Kontrollamt der Krankenkassen 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 10 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 Kontrollamtes 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 Kontrollamtes der Krankenkassen 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 CCK-Assura die Bestimmungen oder Prämienhöhe, so hat sie den Versicherungsnehmer durch schriftliche Mitteilung zu informieren. Die Anpassung der Prämie, der allgemeinen Bestimmungen und der Tarife gilt für die laufende Versicherung.
- §7. In Ausnahmefällen und in Übereinstimmung mit dem Gesetz vom 13. März 2016 über den Status und die Kontrolle der Versicherungs- oder Rückversicherungsunternehmen können andere Änderungen der Versicherungsbedingungen durch das 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 Antrag auf Kündigung spätestens am letzten Tag des zweiten Monats des gleichen Quartals bei der CCK oder der CCK-Assura 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 der Mitteilung dieser Änderungen durch den Versicherer. Das Inkrafttreten erfolgt im Monat nach Eingang des Kündigungsantrags bei der CCK oder der CCK-Assura;
 - bei ähnlicher Versicherung über den Arbeitgeber: am Ende des Monats nach Eingang des Antrags bei der CCK oder der CCK-Assura 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 CCK-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 eines nicht hier oben genannten Versicherten 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 der CKK 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. Der Versicherungsschutz bleibt jedoch für Krankenhausaufenthalte bestehen, die vor Beendigung des Vertrages begonnen haben und über diesen Zeitpunkt hinausgehen.

§6. Wurde der Vertrag bei der CKK-Assura gekündigt, kann unter den folgenden Bedingungen ein neuer Vertrag abgeschlossen werden:

- ohne Wartezeit und ohne Prämienhöhung im Vergleich zu dem vorher bestehenden Vertrag, wenn der neue Vertrag innerhalb von drei Monaten nach Beendigung und nach Tilgung eventueller Schulden abgeschlossen wird, vorausgesetzt, die Versicherungspolice gewährt die gleiche Deckung wie die vorherige Versicherungspolice;
- mit Wartezeit und Prämienhöhung, wenn der neue Vertrag mehr als drei Monate nach Beendigung und nach Tilgung eventueller Schulden abgeschlossen wird;
- mit Wartezeit und Prämienhöhung, wenn die neue Versicherungspolice eine höhere Deckung als die vorher aufgekündigte Versicherungspolice gewährt.

Artikel 17 – Schutz personenbezogener Daten

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

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

Artikel 18 – Forderungsübergang und Rückforderung

§1. Die Rechte und Handlungen des Versicherten gegenüber dem für den Schaden haftenden Dritten gehen gemäß Artikel 95 des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen auf die CKK-Assura über.

- §2. Die CKK-Assura wird keine Regressansprüche gegen die Familienangehörigen des Versicherten geltend machen, die den Unfall unbeabsichtigt verursacht haben, es sei denn, ihre Haftung ist durch einen Versicherungsvertrag wirksam abgedeckt.
- §3. Der Versicherte darf ohne Zustimmung der CKK-Assura nicht auf einen Regress verzichten.
- §4. Auf Verlangen der CKK-Assura muss die versicherte Person diese Abtretung durch ein gesondertes Schriftstück wiederholen.

Artikel 19 – Aufgehoben

Artikel 20 – Verjährungsfrist

Die Verjährungsfrist für alle Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag beträgt drei Jahre gemäß den Artikeln 88 und 89 des Gesetzes vom 4. April 2014 über die Versicherungen. Jeder Antrag auf Rückerstattung ist der CKK vor Ablauf einer Frist von drei Jahren ab dem Datum, an dem der Versicherte die Rechnung 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 21 – Aufgehoben

Artikel 22 – 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, per E-Mail an plaintes@mc.be, per Post an den Beschwerdedienst, Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel oder über ckk-mc.be/beschwerde;
 - an die Vermittlungsstelle des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen: per E-Mail an mediateur@mc.be oder per Post an den Landesbund der Christlichen Krankenkassen – Médiateur, Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel;
 - an den Versicherungsombudsman: per E-Mail an info@ombudsman-insurance.be oder mit der Post an den Ombudsman der Versicherungen, Square de Meeûs 35, 1000 Brüssel.
- §2. Gerichtsbarkeit
- Alle Streitigkeiten im Zusammenhang mit diesen allgemeinen Bestimmungen und den mit der CKK-Assura abgeschlossenen Versicherungsverträgen unterliegen dem belgischen Recht und der ausschließlichen Zuständigkeit der belgischen Gerichte.

TEIL 2

Bestimmungen, die ausschließlich für die Hospi + gelten

Artikel 23 – Festlegung der Prämie

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

Artikel 24 – Bedingungen der Kostenerstattung

- §1. Kostenerstattung bei einem Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus
- Die Hospi +-Versicherung deckt die dem Mitglied tatsächlich entstandenen Kosten wie folgt:
- Rückerstattung der gesetzlichen Anzahlungen, die frühestens zu Beginn des jeweiligen Krankenhausaufenthalts an das Krankenhaus geleistet wurden, gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, das die Zahlung solcher Vorauszahlungen belegt. Eine volle Rückerstattung wird dem Versicherten gewährt, der in einem Zweibettzimmer im Krankenhaus untergebracht ist, abzüglich eines Selbstbehalts gemäß §2 dieser Bestimmung. Wird der Versicherte auf eigenen Wunsch in ein Einzelzimmer aufgenommen, so entspricht die Rückerstattung des Vorschusses dem Betrag des Vorschusses, der gefordert worden wäre, wenn er in ein Zweibettzimmer behandelt worden wäre, abzüglich eines etwaigen Selbstbehalts nach §2 dieser Bestimmung.
 - Diese Kostenerstattung gilt nur für die klassische stationäre Behandlung in einem allgemeinen Krankenhaus. Sie gilt nicht für tagesklinische Behandlungen. Wenn sich später herausstellt, dass die vorgesehenen Leistungen nicht vom Versicherer gewährt werden durften, wenn sich herausstellt, dass der erstattungsfähige Rechnungsbetrag niedriger ist als der gezahlte Vorschuss, oder wenn die versicherte Person ihre

Rechnung nicht vorlegt, ist sie verpflichtet, dem Versicherer den Betrag der erstatteten Vorauszahlungen zurückzuzahlen. Die Erstattung für Krankenhausrechnungen erfolgt nach Abzug des bereits erstatteten Vorschusses.

- Kostenübernahme in Höhe des Selbstbehalts, der von der Absicherung „Hospi-Solidar“ im Rahmen der Zusatzversicherung angewandt wird.
- Maximal 3,72€ je Krankenhausverweiltag für die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Telefongebühren.
- Implantate, die von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden: maximale Erstattung von 5000€ pro Aufnahme.
- Bei Behandlungen im Ausland entsprechen die Leistungen der Hospi + denen, die der Versicherte erhalten hätte, wenn der Krankenhausaufenthalt auf belgischem Staatsgebiet stattgefunden hätte.

§2. Selbstbehalt

Für gewöhnliche Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in der Tagesklinik gilt ein Selbstbehalt von 100€ je Versicherten und Kalenderjahr. Für unter 18-Jährige 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 von der im Rahmen der Zusatzversicherung gewährte Absicherung „Hospi-Solidar“ vorgesehene jährliche Erstattungshöchstgrenze erreicht ist und nach Anwendung der Bestimmungen der §§1 und 2 dieses Artikels. Der Gesamtbetrag der Erstattungen darf niemals den Gesamtbetrag der Rechnung überschreiten. Für die Vorauszahlungen an psychiatrische Einrichtungen ist keine Erstattung vorgesehen.

§4. Kostenerstattung für häusliche Hilfe

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

- für den Verleih von Sanitätsausstattung: die Kostenerstattung ist auf 3 Monate begrenzt, mit einem monatlichen Höchstbetrag von 30€, wobei die Kautions- und der Transportaufkosten des Versicherten gehen,
- für den Verleih einer Notrufausrüstung: 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;
- 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.
- Für Leistungen, die von einer anderen Rechtskörperschaft erbracht werden, wenn sie in der zugelassenen Rechtskörperschaft nicht verfügbar sind.

§5. Absicherung gegen schwere und/oder kostspielige Krankheiten

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

Bei nicht aufgelisteten Krankheiten und bei Mehrfacherkrankungen muss der Versicherte außerdem zum Zeitpunkt der Eröffnung der Akte schwere und/oder kostspielige Krankheiten den Status eines chronisch Kranken haben.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme

- Das Vorliegen einer technischen Leistung, eines gewöhnlichen Krankenhausaufenthalts oder einer Behandlung in der Tagesklinik in den beiden Kalenderjahren, die dem Antrag auf Eröffnung der Akte vorausgehen. Bei bestimmten in der Liste in Anhang 1 dieser allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Krankheitsbildern ist die Diagnose durch einen ärztlichen Befund zu vervollständigen.
Der Antrag auf Eröffnung ist anhand des zu diesem Zweck vorgesehenen Formulars zu stellen.
- Die dem Versicherten entstandenen Kosten müssen in der Liste der erstattungsfähigen Ausgaben aufgeführt sein, die weiter unten zu finden ist.

Kostenerstattung

Die Kostenerstattung wird 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 in Belgien oder im Ausland oder bei einem von der föderalen Agentur für Arzneimittel und Medizinprodukte (FAMHP) zugelassenen Pharmaunternehmen gekauft werden.
- Artikel der Bandagistik, die bei den von der Generalversammlung zugelassenen Rechtskörperschaften (Anhang 2), bei einem Bandagisten/Orthopädietechniker oder in einer Apotheke auf Verordnung ausgegeben oder gewartet werden.
- Transportkosten von und zu einem Gesundheitszentrum oder Gesundheitsdienstleister: öffentlicher Personentransport in der 2. Klasse, Transporte mit einem leichten Sanitätsfahrzeug, 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 gesetzlichen Krankenversicherung vorgegebenen Bedingungen erfüllt.

Eröffnung der Akte

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

Schließung der Akte

Automatisch 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

Verlängerung jedes Jahr bei Erhalt des dafür vorgesehenen Verlängerungsformulars, das vom Versicherten und einem Arzt spätestens innerhalb von 3 Jahren nach Ablauf des betreffenden Jahres gemäß der in Artikel 88 §1 des Gesetzes vom 4. April 2014 über Versicherungen vorgesehenen Verjährungsfrist ausgefüllt wird.

Wiedereröffnung der Akte

Wiedereröffnung eines zuvor eröffneten Anspruchs nach Erhalt des von einem Arzt ausgefüllten und hierfür vorgesehenen Antragsformulars. Das Formular muss innerhalb von 3 Jahren nach der Unterschrift des Arztes eingereicht werden.

Kostenerstattungsverfahren

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

TEIL 3

Bestimmungen, die ausschließlich für die Hospi +100 und Hospi +200 gelten

Artikel 25 – Besondere Vertragszeichnungsbedingungen

Zusätzlich zu den Bedingungen, die in Artikel 1 dieser allgemeinen Bestimmungen aufgeführt sind,

- darf der Versicherte zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns noch keine 70 Jahre alt sein
- oder muss er, falls bereits 70 Jahre oder älter, einen ähnlichen Krankenhausversicherungsschutz gehabt haben, dessen Ende nicht länger als 3 Monate vor dem gewünschten neuen Versicherungsschutz liegt.

Artikel 26 – Festlegung der Prämie

- §1. Die vom Versicherungsnehmer zu zahlende Prämie richtet sich nach der Anzahl und dem Alter der Versicherten, die aufgrund dieser Prämie einen Versicherungsanspruch erhalten. Im Falle einer Zeichnung nach dem 45. Lebensjahr wird die Prämie erhöht. Die Erhöhung gilt nur für die betroffene Person. Maßgeblich für die Höhe der Prämie und die eventuelle Erhöhung ist das Alter zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Deckung.
- §2. Die Höhe der Jahresprämie richtet sich
 - für einen neuen Versicherten bei der CKK-Assura nach dem Alter, das zum Zeitpunkt des Beginns der Vertragslaufzeit erreicht wurde;
 - für alle anderen Versicherten nach dem Alter, das am 1. Januar des Kalenderjahres erreicht wurde.

- §3. Für den 4. Zweitversicherten sowie für alle eventuellen nachfolgenden Zweitversicherten wird eine spezifische Prämie erhoben, wenn diese(r) nicht mehr von der Prämienzahlung befreit ist/sind. Diese Prämie wird nach dem Alter dieser Zweitversicherten berechnet. Kommt es während der Laufzeit des Vertrages zu Änderungen in der Zusammensetzung der Police, werden die Prämien für den 4. und die nachfolgenden Zweitversicherten zum 1. Januar des Folgejahres neu berechnet und angepasst.

Artikel 27 – Kostenerstattungsverfahren

- §1. Kostenerstattung für einen Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus im Zweibett- oder Einzelzimmer.

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

- Rückerstattung der gesetzlichen Anzahlungen, die frühestens zu Beginn des jeweiligen Krankenhausaufenthalts an das Krankenhaus geleistet wurden, gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, das die Zahlung solcher Vorauszahlungen belegt. Eine volle Rückerstattung wird dem Versicherten gewährt, der in einem Zweibettzimmer im Krankenhaus untergebracht ist. Wird der Versicherte auf eigenen Wunsch in ein Einzelzimmer aufgenommen, so wird die Rückerstattung des Vorschusses auf einen Höchstbetrag von 500€ begrenzt, abzüglich eines etwaigen Selbstbehalts nach §2 dieser Bestimmung.

Diese Kostenerstattung gilt nur für die klassische stationäre Behandlung in einem allgemeinen Krankenhaus. Sie gilt nicht für tagesklinische Behandlungen. Wenn sich später herausstellt, dass die vorgesehenen Leistungen nicht vom Versicherer gewährt werden durften, wenn sich herausstellt, dass der erstattungsfähige Rechnungsbetrag niedriger ist als der gezahlte Vorschuss, oder wenn die versicherte Person ihre Rechnung nicht vorlegt, ist sie verpflichtet, dem Versicherer den Betrag der erstatteten Vorauszahlungen zurückzuzahlen. Die Erstattung für Krankenhausrechnungen erfolgt nach Abzug des bereits erstatteten Vorschusses.

- Kostenübernahme in Höhe des Selbstbehalts, der von der Absicherung „Hospi-Solidar“ im Rahmen der Zusatzversicherung angewandt wird.
- Übertarifliche Honorare aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers
 - Hospi +100: Begrenzung auf 100% des Betrags der von der gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Leistungen festgelegten Gebühr;
 - Hospi +200: Begrenzung auf 200% des Betrags der von der gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Leistungen festgelegten Gebühr.
- Übertarifliche Honorare aufgrund der Wahl eines Zweibettzimmers für nicht vertragsgebundene Leistungserbringer, die keine Ärzte sind:
 - Hospi +100: Begrenzung auf 100% des Betrags der von der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegten Gebühr;
 - Hospi +200: Begrenzung auf 200% des Betrags der von der gesetzlichen Krankenversicherung 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 gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden: maximale Erstattung von 5000€ pro Aufnahme.
- Bei Behandlungen im Ausland beträgt die Kostenerstattung der Hospi +100 oder Hospi +200:

- wenn sie nach den tatsächlichen Kosten abgerechnet werden: höchstens 100% des laut Gebührenordnung der gesetzlichen Krankenversicherung des Landes, in dem die medizinischen Leistungen, das Synthesematerial, die Prothesen und pharmazeutischen Erzeugnisse erbracht werden, geltenden Betrags, wobei die Kostenübernahme für den Krankenhausaufenthalt jedoch 100% des Betrags nicht überschreiten darf, der in der belgischen Gebührenordnung für die aufgeführten Leistungen vorgesehen ist;
- wenn sie pauschal abgerechnet werden, darf die Kostenübernahme höchstens 62€ pro Krankenhausverweiltag betragen.

§2. Selbstbehalt

Nur für gewöhnliche Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in der Tagesklinik im Einzelzimmer. Ein Selbstbehalt von 100€ je Versicherten und Kalenderjahr gilt für übertarifliche Zuschläge aufgrund der Wahl eines Einzelzimmers. Für unter 18-Jährige 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 von der im Rahmen der Zusatzversicherung gewährte Absicherung „Hospit-Solidar“ vorgesehene jährliche Erstattungshöchstgrenze erreicht ist und nach Anwendung der Bestimmungen der §§1 und 2 dieses Artikels. Der Gesamtbetrag der Erstattungen darf niemals den Gesamtbetrag der Rechnung überschreiten. Für die Vorauszahlungen an psychiatrische Einrichtungen ist keine Erstattung vorgesehen.

§4. Vor- und nachstationäre Kosten

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

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

Nicht zu den vor- und nachstationären Kosten gehören:

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

§5. Kostenerstattung für häusliche Hilfe

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

- für den Verleih von Sanitätsausstattung: die Kostenerstattung ist auf 3 Monate begrenzt, mit einem monatlichen Höchstbetrag von 30€, wobei die Kautions- und der Transportaufwand auf Kosten des Versicherten gehen;
- für den Verleih einer Notrufausstattung: die Kostenerstattung ist auf 3 Monate mit einem monatlichen Höchstbetrag von 17€ begrenzt, wobei die Kautions- und die Einrichtungskosten vom Versicherten zu tragen sind.
- Die Kostenerstattung wird gewährt wenn der Verleih innerhalb von höchstens 30 Kalendertagen nach dem Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt;
- 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 2 aufgeführten Qualias- und Solival-Geschäfte.

Oder für Leistungen, die von einer anderen Rechtskörperschaft erbracht werden, wenn sie in der zugelassenen Rechtskörperschaft nicht verfügbar sind.

§6. Absicherung gegen schwere und/oder kostspielige Krankheiten

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

- einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit, die in der Tabelle im Anhang 1 aufgeführt ist;
- einer schweren und/oder kostspieligen Krankheit, die nicht in der Liste aufgeführt ist, aber eine längere Behandlung für einen vorhersehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten erfordert und die besonders kostspielig und chronischer Natur ist;
- eine Polypathologie (mehrere beschriebene Erkrankungen, die zu einem pathologischen Zustand führen, der über einen absehbaren Zeitraum von mehr als 6 Monaten eine kostspielige Behandlung erfordert). Bei Krankheitsbildern, die nicht auf der Liste stehen, und bei Polypathologien muss der Versicherte am Tag der Eröffnung der Akte „schwere und/oder kostspielige Krankheiten“ auch den Status eines chronisch Kranken haben.

Voraussetzungen für die Kostenübernahme

- Das Vorliegen einer technischen Leistung, eines gewöhnlichen Krankenhausaufenthalts oder einer Behandlung in der Tagesklinik in den beiden Kalenderjahren, die dem Antrag auf Eröffnung der Akte vorausgehen. Bei bestimmten in der Liste in Anhang 1 dieser allgemeinen Bestimmungen aufgeführten Krankheitsbildern ist die Diagnose durch einen ärztlichen Befund zu vervollständigen. Der Antrag auf Eröffnung ist anhand des zu diesem Zweck 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 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 in Belgien oder im Ausland oder bei einem von der föderalen Agentur für Arzneimittel und Medizinprodukte (FAMHP) zugelassenen Pharmaunternehmen gekauft werden.
- Artikel der Bandagistik, die bei den von der Generalversammlung zugelassenen Rechtskörperschaften (Anhang 2), bei einem Bandagisten/Orthopädietechniker oder in einer Apotheke auf Verordnung ausgegeben oder gewartet werden.
- Transportkosten von und zu einem Gesundheitszentrum oder Gesundheitsdienstleister: öffentlicher Personentransport in der 2. Klasse, Transporte mit einem leichten Sanitätsfahrzeug, 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 gesetzlichen Krankenversicherung vorgegebenen Bedingungen erfüllt.

Eröffnung der Akte

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

Schließung der Akte

Automatisch am 31. Dezember eines jeden Jahres.

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

Verlängerung

Verlängerung jedes Jahr bei Erhalt des dafür vorgesehenen Verlängerungsformulars, das vom Versicherten und einem Arzt spätestens innerhalb von 3 Jahren nach Ablauf des betreffenden Jahres gemäß der in Artikel 88 §1 des Gesetzes vom 4. April 2014 über Versicherungen vorgesehenen Verjährungsfrist ausgefüllt wird.

Wiedereröffnung der Akte

Wiedereröffnung eines zuvor eröffneten Anspruchs nach Erhalt des vom Arzt ausgefüllten und hierfür vorgesehenen Antragsformulars. Das Formular muss innerhalb von 3 Jahren nach der Unterschrift des Arztes eingereicht werden.

Kostenerstattungsverfahren

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

Anhang 1

Liste der schweren und/oder kostspieligen Krankheiten

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

Anhang 2

Liste der anerkannten Körperschaften

Qualias Nivelles	Boulevard des Archers 56 in 1400 Nivelles
Qualias Court-Saint-Etienne	Avenue des Métallurgistes 1 in 1490 Court-Saint-Etienne
Qualias Ixelles	Rue Malibran 49 in 1050 Bruxelles
Qualias Berchem-Sainte-Agathe	Avenue Josse Goffin 204 in 1082 Berchem-Sainte-Agathe
SOLIVAL asbl	Chaussée de Haecht 579 BK 40 in 1031 Bruxelles
Qualias Courcelles	Rue Philippe Monnoyer 17 in 6180 Courcelles
Qualias Anderlues	Chaussée de Mons 23/3 in 6150 Anderlues
Qualias Charleroi Optique	Boulevard Tirou 165 in 6000 Charleroi
Qualias La Louvière	Rue Sylvain Guyaux 39 in 7100 La Louvière
Qualias Soignies	Rue du Mons 16 in 7060 Soignies
Qualias Beaumont	Rue Germain Michiels 17 in 6500 Beaumont
Qualias Montigny-le-Tilleul	Rue de Gozée 659 in 6110 Montigny-le-Tilleul
Qualias Mons-Borinage	Rue de Mons 280 in 7301 Hornu
Qualias Ath	Rue Haute 25 in 7800 Ath
Qualias Tournai	Rue Saint-Brice 56 in 7500 Tournai
Qualias Comines	Rue de Wervicq 13 in 7780 Comines
Qualias Mouscron	Rue Saint-Pierre 52 in 7700 Mouscron
Qualias Sart-Tilman	Route du Condroz 475 in 4031 Angleur
Qualias Arlon	Parc Commercial Hydrion 64 in 6700 Arlon
Qualias Libramont	Rue des Alliés 2c in 6800 Libramont
Qualias Marche	Avenue du Monument 8 in 6900 Marche-en-Famenne
Qualias Tamines	Rue des Prairies 3a in 5060 Tamines
Qualias Namur	Rue du Lombard 8 in 5000 Namur
Qualias Namur Optique	Rue du Lombard 24a in 5000 Namur
Qualias Dinant	Avenue des Combattants 15 in 5500 Dinant
Qualias Philippeville	Rue de l'Arsenal 7 in 5600 Philippeville
Qualias Eupen	Neutralstraße 910 in 4710 Lontzen

Anhang 3

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.

Am 1. Januar 2024 gelten folgende jährliche Prämienbeträge:

Hospi +						
Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Netto-prämie	Verwal-tungs-kosten	Vertriebs-kosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 0 bis 17 Jahre	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ab 18 Jahren	54,72 €	4,97 €	49,75 €	5,10 €	2,82 €	41,83 €
Ab dem 4. Zweit-versicherten	24,48 €	2,23 €	22,25 €	2,28 €	1,26 €	18,71 €

Hospi +100

Prämien ohne Erhöhung, da Abschluss vor dem 45. Geburtstag

Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Prime nette	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 0 bis 17 Jahre	37,20 €	3,38 €	33,82 €	3,47 €	1,92 €	28,43 €
Von 18 bis 24 Jahre	55,20 €	5,02 €	50,18 €	5,14 €	2,85 €	42,19 €
Von 25 bis 49 Jahre	130,44 €	11,86 €	118,58 €	12,15 €	6,72 €	99,71 €
Von 50 bis 64 Jahre	167,64 €	15,24 €	152,40 €	15,62 €	8,64 €	128,14 €
Ab 65 Jahren	298,44 €	27,13 €	271,31 €	27,81 €	15,38 €	228,12 €
Ab 70 Jahren	477,84 €	43,44 €	434,40 €	44,53 €	24,63 €	365,24 €
Ab dem 4. Zweitversicherten	18,72 €	1,70 €	17,02 €	1,74 €	0,97 €	14,31 €

Hospi +100

Prämien mit Erhöhung, da Abschluss nach dem 45. Geburtstag

Aktuelles Alter	Alter bei Versicherungsabschluss	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 45 bis 49 Jahre	Von 45 bis 49 Jahre	143,88 €	13,08 €	130,80 €	13,41 €	7,42 €	109,97 €
Von 50 bis 64 Jahre	Von 45 bis 49 Jahre	184,32 €	16,76 €	167,56 €	17,17 €	9,50 €	140,89 €
	Von 50 bis 54 Jahre	193,08 €	17,55 €	175,53 €	17,99 €	9,95 €	147,59 €
	Von 55 bis 59 Jahre	218,04 €	19,82 €	198,22 €	20,32 €	11,24 €	166,66 €
	Von 60 bis 64 Jahre	251,88 €	22,90 €	228,98 €	23,47 €	12,98 €	192,53 €
Ab 65 Jahren	Von 45 bis 49 Jahre	328,44 €	29,86 €	298,58 €	30,60 €	16,93 €	251,05 €
	Von 50 bis 54 Jahre	343,44 €	31,22 €	312,22 €	32,00 €	17,70 €	262,52 €
	Von 55 bis 59 Jahre	388,44 €	35,31 €	353,13 €	36,20 €	20,02 €	296,91 €
	Von 60 bis 64 Jahre	447,96 €	40,72 €	407,24 €	41,74 €	23,09 €	342,41 €
	Ab 65 und vor 70 Jahren	811,44 €	73,77 €	737,67 €	75,61 €	41,83 €	620,23 €
Ab 70 Jahren	Ab 70 Jahren	811,44 €	73,77 €	737,67 €	75,61 €	41,83 €	620,23 €

Hospi +100

Sonderfall des Abschlusses nach dem 65. Geburtstag und vor dem 1.1.2016, nachdem eine ähnliche Krankenhausversicherung bestanden hat, deren Ende weniger als 3 Monate vor dem neuen Versicherungsschutz liegt

Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 65 bis 69 Jahre einschließlich	450,60 €	40,96 €	409,64 €	41,99 €	23,23 €	344,42 €
70 Jahre und mehr	477,84 €	43,44 €	434,40 €	44,53 €	24,63 €	365,24 €

Hospi +200

Prämien ohne Erhöhung, da Abschluss vor dem 45. Geburtstag

Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 0 bis 17 Jahre	94,20 €	8,56 €	85,64 €	8,78 €	4,86 €	72,00 €
Von 18 bis 24 Jahre	139,08 €	12,64 €	126,44 €	12,96 €	7,17 €	106,31 €
Von 25 bis 49 Jahre	328,32 €	29,85 €	298,47 €	30,59 €	16,92 €	250,96 €
Von 50 bis 64 Jahre	422,40 €	38,40 €	384,00 €	39,36 €	21,77 €	322,87 €
Ab 65 Jahren	750,36 €	68,21 €	682,15 €	69,92 €	38,68 €	573,55 €
Ab 70 Jahren	1 201,20 €	109,20 €	192,00 €	111,93 €	61,92 €	918,15 €
Ab dem 4. Zweitversicherten	48,12 €	4,37 €	43,75 €	4,48 €	2,48 €	36,79 €

Hospi +200

Prämien mit Erhöhung, da Abschluss nach dem 45. Geburtstag

Aktuelles Alter	Alter bei Versicherungsabschluss	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 45 bis 49 Jahre	Von 45 bis 49 Jahre	361,20 €	32,84 €	328,36 €	33,66 €	18,62 €	276,08 €
Von 50 bis 64 Jahre	Von 45 bis 49 Jahre	464,88 €	42,26 €	422,62 €	43,32 €	23,96 €	355,34 €
	Von 50 bis 54 Jahre	485,88 €	44,17 €	441,71 €	45,28 €	25,04 €	371,39 €
	Von 55 bis 59 Jahre	549,48 €	49,95 €	499,53 €	51,20 €	28,32 €	420,01 €
	Von 60 bis 64 Jahre	634,08 €	57,64 €	576,44 €	59,09 €	32,68 €	484,67 €
Ab 65 Jahren	Von 45 bis 49 Jahre	825,60 €	75,05 €	750,55 €	76,93 €	42,56 €	631,06 €
	Von 50 bis 54 Jahre	863,04 €	78,46 €	784,58 €	80,42 €	44,49 €	659,67 €
	Von 55 bis 59 Jahre	975,36 €	88,67 €	886,69 €	90,89 €	50,28 €	745,52 €
	Von 60 bis 64 Jahre	1 125,84 €	102,35 €	1 023,49 €	104,91 €	58,03 €	860,55 €
	Ab 65 und vor 70 Jahren	1 567,80 €	142,53 €	1 425,27 €	146,09 €	80,81 €	1 198,37 €
Ab 70 Jahren	Ab 70 Jahren	1 567,80 €	142,53 €	1 425,27 €	146,09 €	80,81 €	1 198,37 €

Hospi +200

Sonderfall des Abschlusses nach dem 65. Geburtstag und vor dem 1.1.2016, nachdem eine ähnliche Krankenhausversicherung bestanden hat, deren Ende weniger als 3 Monate vor dem neuen Versicherungsschutz liegt

Aktuelles Alter	Marktprämie (Jahresbetrag)	LIKIV-Steuer	Nettoprämie	Verwaltungskosten	Vertriebskosten	Prämie ohne diese Kosten
Von 65 bis 69 Jahre einschließlich	1 132,08 €	102,92 €	1 029,16 €	105,49 €	58,35 €	865,32 €
70 Jahre und mehr	1 201,20 €	109,20 €	1 092,00 €	111,93 €	61,92 €	918,15 €

Anhang 4

Begriffserläuterungen

UNFALL

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

ZUSATZVERSICHERUNG

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

PRIVAT ODER FÜR EINE GRUPPE ABGESCHLOSSENE KRANKENHAUSVERSICHERUNG

Privatversicherung, die von einem Versicherten auf eigene Rechnung und/oder für einen Zweitversicherten bei einer anderen Versicherungsgesellschaft als der CKK-Assura abgeschlossen und bezahlt wird. Gruppenversicherung, die von einem Arbeitgeber zu Gunsten eines seiner Mitarbeiter abgeschlossen und bezahlt wird.

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.

VERSICHERTER

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

SCHÖNHEITSCHIRURGIE

Disziplin der plastischen Chirurgie, deren Zweck darin besteht, das ästhetische Erscheinungsbild des Körpers zu verbessern oder zu korrigieren. Diese Behandlungen werden nicht erstattet.

VERSICHERUNGSVERTRAG

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

KRANKENHAUSEINRICHTUNG

Gesundheitseinrichtung, in der 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: Wellnesseinrichtungen, Altenheime, Alten- und Pflegeheime, Genesungsheime, Rehabilitationszentren, Präventionseinrichtungen.

KOSTEN DER BEGLEITPERSON

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

AUFENTHALTSKOSTEN

Aufenthaltskosten im Falle eines Krankenhausaufenthaltes, die von der versicherten Person zu tragen sind, und die sich aus dem von der gesetzlichen Krankenversicherung 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.

GEWÖHNLICHER (KLASSISCHER) KRANKENHAUSAUFENTHALT

Medizinischer notwendiger Aufenthalt von mindestens einer Nacht in einer Krankenhauseinrichtung.

TAGESKLINIKAUFENTHALT

Medizinischer Aufenthalt in einer Krankenhauseinrichtung für die im Leistungsverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung 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.

MAXIMALE GESUNDHEITSRECHNUNG

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

MUTAS

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

KRANKENKASSENWECHSEL

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

MITVERSICHERTER

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

VERSICHERUNGSNEHMER

Person, die die Versicherung auf eigene Rechnung und/ oder zugunsten anderer Versicherter übernimmt.

MEDIZINISCHE/PARAMEDIZINISCHE LEISTUNG

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

PRÄMIE

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

PHARMAZEUTISCHES PRODUKT

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

GEWÖHNLICHER WOHSITZ

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

AMBULANTE VERSORGUNG

Versorgung außerhalb des gewöhnlichen Krankenhausaufenthalts oder Aufenthalts in der Tagesklinik durch einen vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung zugelassenen Gesundheitsdienstleister.

MEDIZINISCHE UND PARAMEDIZINISCHE VERSORGUNG

Versorgung durch einen vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung zugelassenen Gesundheitsdienstleister.

WARTEZEIT

Zeitraum, in dem die Versicherung keine Versicherungsfälle abdeckt.

ÜBERTARIFLICHE HONORARFORDERUNG

Differenz zwischen dem tatsächlich vom Dienstleister oder Lieferanten in Rechnung gestellten Betrag und dem offiziellen Satz der gesetzlichen Krankenversicherung (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) des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 eigenständig Versicherte.

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

Die CKK, dessen Sozialsitz in der Chaussée de Haecht 579, BK 40 in 1031 Brüssel gelegen ist, ist Versicherungsvermittler der CKK-Assura.

Foto © AdobeStock – CKK-ASSURA – 009706-01-01-2024



Weitere Auskünfte?

Besuchen Sie ckk-mc.be/hospi

Kontaktieren Sie einen unserer Kundenberater:
ckk-mc.be/kontakt

Lesen Sie die Merkblätter zur Hospi +, Hospi +100 und Hospi +200 unter ckk-mc.be/allgemeine-bestimmungen



CKK. Mitten im Leben.