

Versicherung Hospi +

Merkblatt zum Versicherungsprodukt

CKK-Assura, Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit der Christlichen Krankenkasse (CKK)
Chaussée de Haecht 579 Postfach 40, 1031 Brüssel - Belgien
Zulassungsnummer KAK 150/02 für die Zweige 2 und 18
Unternehmensnummer: ZUD 0834 322 140



Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Versicherungsleistungen und die Ausschlüsse für dieses Produkt geben, ab dem 1. Januar 2026. Es ist nicht auf Ihre spezifischen Bedürfnisse zugeschnitten, und die darin enthaltenen Informationen sind nicht vollständig. Weitere Auskünfte zu diesem Produkt, Ihren Rechten und Pflichten entnehmen Sie bitte den ab 1. Januar 2026 geltenden allgemeinen Bestimmungen. Dieses Versicherungsprodukt unterliegt belgischem Recht.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Hospi +-Versicherung ist eine wahlfreie Krankenhausversicherung, die für tatsächlich entstandene Kosten aufkommt. Sie ergänzt die Kostenerstattung der Pflichtversicherung und gegebenenfalls den im Rahmen der Zusatzversicherung der CKK vorgesehene Vorteil Hospi-Solidar.



Was gehört zu den Versicherungsleistungen?

Nach Abzug des eventuell vorgesehenen Selbstbehalts:

- ✓ Die mit einem Aufenthalt in einem allgemeinen Krankenhaus (außer den mit dem Einzelzimmer) verbundenen Mehrkosten.
- ✓ Alle gesetzlichen Vorauszahlungen, die im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts in einem allgemeinen Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung in einem Zweibettzimmer gezahlt wurden.
- ✓ Die Anzahlung(en), die im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts in einem allgemeinen Krankenhaus mit mindestens einer Übernachtung in einem Einzelzimmer geleistet wurde(n), bis zur Höhe der gesetzlichen Anzahlung, die bei einem Aufenthalt in einem Zweibettzimmer verlangt worden wäre.
- ✓ Erstattung von maximal 5 000 € pro Aufnahme für Implantate, die nicht von der Pflichtversicherung übernommen werden.
- ✓ Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung: Festbetrag von 10 € pro Tag, für maximal 30 Tage je Aufnahme.
- ✓ Kostenbeteiligung für häusliche Hilfe, die innerhalb von 30 Tagen nach einem Krankenhausaufenthalt beginnt:
 - für das Ausleihen von Sanitätsartikeln: die Erstattung ist auf 30 € pro Monat für maximal 3 Monate begrenzt;
 - für das Ausleihen von Notruferäten: die Erstattung ist auf 17 € pro Monat für maximal 3 Monate begrenzt.
- ✓ Kalenderjährliche Erstattung ambulanter Leistungen, die nicht von der Pflichtversicherung übernommen werden und mit einer schweren Krankheit zusammenhängen:
 - Festbetrag von 100 €;
 - Erstattung von 50 % der erstattungsfähigen Kosten, deren Gesamtbetrag 200 € überschreitet, begrenzt auf 150 € je Kalenderjahr.
- ✓ Behandlungen im Ausland: Die Leistung entspricht derjenigen, die der Versicherte erhalten würde, wenn der Krankenhausaufenthalt auf belgischem Staatsgebiet stattfinden würde.



Was gehört nicht zu den Versicherungsleistungen?

- ✗ Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte für kosmetische Behandlungen, Verjüngungen oder plastische Chirurgie, die nicht von der Pflichtversicherung übernommen werden.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte, die sich aus der Ausübung eines Sports als Profisportler, eines bezahlten Sports, einschließlich Training, ergeben.
- ✗ Kosten im Zusammenhang mit experimentellen Behandlungen, die keine wissenschaftliche Grundlage haben.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, die beim Eintritt des Versicherungsschutzes bereits begonnen haben.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, die während der Wartezeit beginnen.
- ✗ Krankenhausaufenthalte, Behandlungen und Medizinprodukte, für die keine gesetzliche Erstattung vorgesehen ist.
- ✗ Gips- und Dialysepauschalen im Sinne der Pflichtversicherung.
- ✗ Transportkosten.
- ✗ Aufenthalte in einem Altenheim, Alten- und Pflegeheim, Genesungsheim und in Rehabilitationseinrichtungen.
- ✗ Zahnprothesen oder -implantate, die während eines Krankenhausaufenthalts eingesetzt werden.
- ✗ Schwere Krankheiten, die nicht in der Liste im Anhang zu den allgemeinen Bestimmungen aufgeführt sind.
- ✗ Telefonkosten über 3,72 € pro Tag sowie die vor- und nachstationären Kosten.
- ✗ Mit der Wahl eines Einzelzimmers verbundene übertarifliche Honorare und Zimmerzuschläge.



Gibt es Einschränkungen der Garantie?

- ! 100 € Selbstbehalt pro Kalenderjahr, nur für klassische oder tagesklinische Krankenhausaufenthalte von Versicherten ab 18 Jahren.
- ! Höchstgrenze von 5 000 € je Aufnahme für Implantate, die nicht von der Pflichtversicherung erstattet werden.



Wo bin ich abgesichert?

- ✓ In Belgien.
- ✓ In Ländern, die an ein bi- oder multilaterales Abkommen oder an europäische Projekte wie „Interreg“ gebunden sind.
- ✓ Für Begünstigte mit Hauptwohnsitz in einer Grenzregion: Leistungen in einer außerhalb des Staatsgebiets gelegenen Krankeneinrichtung in einem Umkreis von höchstens 25 km von ihrem Hauptwohnsitz.
- ✓ Bei Behandlungen im Ausland entspricht die Leistung der Hospi + derjenigen, die der Versicherte erhalten würde, wenn der Krankenhausaufenthalt auf belgischem Staatsgebiet stattgefunden hätte.



Welches sind meine Verpflichtungen?

- Mitglied der CKK sein und regelmäßig die Beiträge zur Zusatzversicherung bezahlen.
- Die Prämien zahlen, sobald die Fälligkeitsanzeige ergeht.
- Eine sechsmonatige Wartezeit erfüllen (außer bei ähnlicher Vorversicherung, für welche die Wartezeit erfüllt war, oder bei Unfall).
- Der CKK jede Änderung der Anschrift oder der Haushaltszusammensetzung, die sich auf die geforderte Prämie und den Fortbestand des Vertrags auswirken können, innerhalb von 30 Tagen per Einschreiben, einfachem Schreiben oder auf elektronischem Weg mitteilen.



Wann und wie werden die Zahlungen durchgeführt?

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



Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

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



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

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