

Satzung

Christliche Ostbelgische Krankenkasse

Datum des Inkrafttretens: 01.01.2021

Genehmigt durch die Generalversammlung vom 17.06.2021

**Genehmigt durch den Rat der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen
am 24-09-2021**

**Unter Vorbehalt genehmigt durch den Rat der Aufsichtsbehörde der
Krankenkassen: - Artikel 28 - artikel 38 - Artikel 7TER**

**Die Christliche Ostbelgische Krankenkasse gehört der Christlichen
Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen, dem
Landesbund der Christlichen Krankenkassen und der
Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut an.**

Die Satzung ist zu finden unter:

<https://www.mc.be/la-mc/verviers-eupen/statuts.jps>

<https://www.ckk-mc.be/ihre-ckk/satzungen>

| | |
|--|-----------|
| Unter Vorbehalt genehmigt durch den Rat der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen: 0 | |
| KAPITEL I : GRÜNDUNG - BEZEICHNUNG - ZIELE SITZ UND EINZUGSBEREICH DER GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFT | 4 |
| ARTIKEL 1: GRÜNDUNG & BEZEICHNUNG | 4 |
| ARTIKEL 2: BEGRIFFSBESTIMMUNGEN | 4 |
| ARTIKEL 3: ZIELE | 6 |
| ARTIKEL 4: SITZ UND EINZUGSBEREICH | 6 |
| ARTIKEL 5: BEITRITT ZUR CHRISTLICHEN KRANKENKASSE VERVIERS - EUPEN | 7 |
| ARTIKEL 6 | 7 |
| KAPITEL II : BEITRITT, AUSSCHIEDEN, AUSSCHLUSS, KÜNDIGUNG | 8 |
| ARTIKEL 7: BEITRITT ZU DEN DIENSTLEISTUNGEN DER KRANKENKASSE | 8 |
| ARTIKEL 7BIS: INKRAFTTRETEN DES BEITRITTS ZUR ZUSATZVERSICHERUNG | 8 |
| ARTIKEL 7TER: STRAFE BEI NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE | 9 |
| ARTIKEL 8: AUSSCHLUSSVERFAHREN UND KÜNDIGUNG | 13 |
| ARTIKEL 9: AUFGEHOBEN | 14 |
| KAPITEL III : MITGLIEDSKATEGORIEN | 14 |
| ARTIKEL 10 | 14 |
| KAPITEL IV : GREMIEN DER GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFT | 16 |
| ABSCHNITT 1 - DIE GENERALVERSAMMLUNG | 16 |
| ARTIKEL 11: ZUSAMMENSETZUNG | 16 |
| ARTIKEL 12 | 16 |
| ARTIKEL 13: BEDINGUNGEN ZUR WAHLBERECHTIGUNG UND ERSTELLUNG DER WAHLLISTEN | 16 |
| ARTIKEL 14: BEDINGUNGEN ZUR WÄHLBARKEIT | 16 |
| ARTIKEL 15: WAHLZEITEN | 17 |
| ARTIKEL 16: BEWERBUNGSAUFRUF UND EINREICHEN DER BEWERBUNGEN | 17 |
| ARTIKEL 17: FORM DER BEWERBUNGEN | 17 |
| ARTIKEL 18: AUFSTELLUNG DER BEWERBERLISTEN. | 18 |
| ARTIKEL 19: VERÖFFENTLICHUNG DER BEWERBERLISTEN | 18 |
| ARTIKEL 20: WAHLVORSTÄNDE | 18 |
| ARTIKEL 21: DIE WAHL | 18 |
| ARTIKEL 22: GÜLTIGKEIT DER WAHL | 19 |
| ARTIKEL 23: AUSZÄHLUNG DER WAHLZETTEL | 19 |
| ARTIKEL 24: AUSNAHME ZUR PFLICHT DER DURCHFÜHRUNG VON WAHLEN | 19 |
| ARTIKEL 25: VERÖFFENTLICHUNG DES WAHLERGEBNISSES UND EINSPRUCH | 19 |
| ARTIKEL 26: MITTEILUNG AN DEN LBCK UND DIE AUFSICHTSBEHÖRDE DER KRANKENKASSEN | 20 |
| ARTIKEL 27: EINSETZUNG DER GENERALVERSAMMLUNG | 20 |
| ARTIKEL 28: ZUSTÄNDIGKEIT UND ARBEITSWEISE DER GENERALVERSAMMLUNG | 20 |
| ARTIKEL 29 BIS 31 | 22 |
| ABSCHNITT 4 - VERWALTUNGSRAT - EXEKUTIVAUSSCHUSS - SEKRETÄR - SCHATZMEISTER | 22 |
| ARTIKEL 32: ZUSAMMENSETZUNG DES VERWALTUNGSRATES | 22 |
| ARTIKEL 33: WÄHLBARKEITSBEDINGUNGEN | 22 |
| ARTIKEL 34: UNBEZAHLTES AMT | 23 |
| ARTIKEL 35: DAUER DES AMTES | 23 |
| ARTIKEL 36: ERSATZ, RÜCKTRITT, AUSSCHLUSS | 23 |
| ARTIKEL 37: ZUSTÄNDIGKEIT DES VERWALTUNGSRATES. | 24 |
| ARTIKEL 38: ARBEITSWEISE DES VERWALTUNGSRATES | 24 |

| | |
|---|----|
| ARTIKEL 39: DIE PRÄSIDENTSCHAFT UND DIE VIZEPRÄSIDENTSCHAFT | 25 |
| ARTIKEL 40: DIE BEFUGNISSE DES PRÄSIDENTEN | 25 |
| ARTIKEL 41: DER REGIONALDIREKTOR DER Gegenseitigkeitsgesellschaft | 25 |
| ARTIKEL 42 DIE FINANZIELLE LAGE | 26 |
| ARTIKEL 43 | 26 |
| KAPITEL V : DIE LEISTUNGEN DER GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFT: VORTEILE, BESONDERE AUFNAHMEBEDINGUNGEN, BEITRÄGE | 27 |
| EINLEITENDER ABSCHNITT: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN | 27 |
| ARTIKEL 44: MITGLIED - VERJÄHRUNG | 27 |
| ARTIKEL 45: WARTEZEITEN | 27 |
| ARTIKEL 46: ENTSCHÄDIGUNG AUF GRUND EINER ANDEREN RECHTSVORSCHRIFT | 27 |
| ARTIKEL 47: ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSEIGENSCHAFT ODER DER ZUSAMMENSETZUNG DES HAUSHALTS | 28 |
| ARTIKEL 48: BEITRÄGE- ZAHLUNGSBEFREIUNG | 28 |
| ARTIKEL 51 BIS 60 | 28 |
| ARTIKEL 61: BEITRITT DER SELBSTSTÄNDIGEN | 29 |
| ARTIKEL 62: INKRAFTTRETEN | 29 |
| ARTIKEL 63: AUFGEHOBEN | 29 |
| ARTIKEL 64: BEITRÄGE - BEITRAGSFÄLLIGKEIT | 29 |
| ARTIKEL 65: ENDE DER BEITRAGSPFLICHT - KÜNDIGUNG | 29 |
| ABSCHNITT 1: GEBURTSZULAGE | 29 |
| ARTIKEL 66 | 29 |
| ABSCHNITT 2: FUßPFLEGE ENDE DER LEISTUNG 31.12.2020 | 30 |
| ARTIKEL 67 | 30 |
| VON DER GENERALVERSAMMLUNG VOM 18.11.2020 AUFGEHOBEN (MIT WIRKUNG AB 01.01.2021) | 30 |
| ABSCHNITT 3: KRANKENKASSENPRESSE | 30 |
| ARTIKEL 68 | 30 |
| ARTIKEL 69 BIS 82: | 30 |
| ABSCHNITT 4: SOZIALE UND KULTURELLE TÄTIGKEITEN | 30 |
| ARTIKEL 83 : | 30 |
| ARTIKEL 84 BIS 87 | 30 |
| ARTIKEL 88 VERWALTUNGSPOSTEN | 30 |
| KAPITEL VI : HAUSHALT UND BUCHFÜHRUNG | 32 |
| ARTIKEL 89 | 32 |
| KAPITEL VII : ZUSAMMENARBEIT | 33 |
| ARTIKEL 90 | 33 |
| KAPITEL VIII : AUFLÖSUNG DER KRANKENKASSE, EINZELNER LEISTUNGEN | 34 |
| ARTIKEL 91: ZUSTÄNDIGKEIT DER GENERALVERSAMMLUNG | 34 |
| ARTIKEL 92: VERTEILUNG DER RÜCKLAGEN | 34 |
| KAPITEL IX : SATZUNGSÄNDERUNGEN | 35 |
| ARTIKEL 93: ANTRAGSRECHT | 35 |
| ARTIKEL 94: GENERALVERSAMMLUNG ZUR ABÄNDERUNG DER SATZUNGEN | 35 |
| KAPITEL X : SCHLUSSBESTIMMUNGEN | 36 |
| ARTIKEL 95:STREITFÄLLE - SCHIEDSGERICHT | 36 |
| ARTIKEL 96: INKRAFTTRETEN | 36 |

HINWEIS

Bei der Nummerierung der Artikel halten wir uns an die Satzungen der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen. Die normale numerische Reihenfolge wird also nicht eingehalten.

GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFT 137/002: CHRISTLICHE OSTBELGISCHE KRANKENKASSE

mit Sitz in EUPEN
Anerkannt durch Königlichen Erlass vom 23.12.1957
(Belgisches Staatsblatt vom 15.01.1958)

SATZUNGEN

In Anbetracht des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen¹ und die Krankenkassenlandesverbände und seiner Ausführungserlasse;

in Anbetracht des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 und seiner Ausführungserlasse;

in Anbetracht des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung;

hat die Generalversammlung, welche am ~~18. November 2020~~ **17 Juni 2021** beschlussfähig zusammengetreten ist, nach entsprechender Beratung und mit der gesetzlich vorgeschriebenen Mehrheit beschlossen, die am 21. November 1991 verabschiedeten Satzungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2021 wie folgt abzuändern:

¹ A.d.Ü. „Mutualité“ oder „Mutualiteit“ hat im Deutschen keine Entsprechung. Es wird in der Regel mit „Krankenkassen“ übersetzt, was jedoch dem Französischen „Caisse d'assurance maladie“ oder dem Niederländischen „Ziekenkas“ entspricht. Gemeint sind aber so genannte „Gegenseitigkeitsgesellschaft“, welche die Aufgaben einer „Krankenkasse“ übernehmen.

KAPITEL I : GRÜNDUNG - BEZEICHNUNG - ZIELE SITZ UND EINZUGSBEREICH DER GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFT

ARTIKEL 1: GRÜNDUNG & BEZEICHNUNG

Am 23-12-1957 wurde in Eupen eine Gegenseitigkeitsgesellschaft unter der Bezeichnung Christliche Krankenkasse, seit dem 1. Januar 1991 Christliche Ostbelgische Krankenkasse, gegründet.

In ihren Beziehungen mit Dritten kann die Gegenseitigkeitsgesellschaft die folgende Abkürzung verwenden:

Christliche Ostbelgische Krankenkasse (COK)

ARTIKEL 2: BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Für die Anwendung dieser Satzung ist zu verstehen unter:

MITGLIED

Jede Person, die der Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen als Versicherter angeschlossen ist (137):

- sei es für die Pflichtkrankenversicherung und das Dienstleistungs- und operative Angebot,
- sei es nur für das Dienstleistungs- und operative Angebot.

VERSICHERTER

- Jede Person, die Anspruch auf Erstattung der Gesundheitsleistungen erhält oder erhalten kann als Versicherte(r) im Sinne des Artikels 32, Absatz 1, 1° bis 16°, 20°, 21° und 22° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung. Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;
- sowie jede Person, die sich den Dienstleistungen und dem operativen Geschäft angeschlossen hat, und die:

- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert ist;

- Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;
- für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit versichert ist;

- unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt;
- sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
- inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt.

MITVERSICHERTER

- Jede Person, die den Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund einer Aufnahme als Mitversicherter eines Versicherten gemäß Artikel 32, Absatz 1, 17°, 18°, 19° oder 23° des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung erhält oder erhalten kann.
Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen von einer Person ableitet, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der Krankenkasse einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;
- sowie jede Person, ihren Anspruch auf Erstattung von Leistungen als Mitversicherter einer Person ableitet, die
 - für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
 - für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert ist;
Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;
 - für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit (LSS) versichert ist;
 - unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
 - der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt;
 - sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
 - inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt

LEISTUNGSBERECHTIGTER

Jedes Mitglied, das der Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot angeschlossen ist und Anspruch auf die Vorteile hat, die von diesen Dienstleistungen und dem operativen Geschäft gewährt werden.

KRANKENKASSENHAUSHALT

Der Krankenkassenhaushalt wie er in Artikel 2 des KE vom 2. März 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 2 bis 4 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung beschrieben wird.

PFLICHTKRANKENVERSICHERUNG

Die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung gemäß Artikel 3, Absatz 1, a) des Gesetzes vom 6. August 1990, das dem koordinierten Gesetz über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 unterliegt.

DIENSTLEISTUNGEN UND OPERATIVES GESCHÄFT

- Die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 beschriebenen Dienstleistungen mit Ausnahme der Dienstleistung, um die es im Artikel 1,2° des Königlichen Erlasses vom 12. Mai 2011 zur Durchführung des Artikels 67, Absatz 6 des Gesetzes vom 26. April 2010 geht;

Die Übernahme der Kosten, die den Mitgliedern durch eine langfristige Einschränkung der Eigenständigkeit entstehen, für Hilfeleistungen und nichtärztliche Dienstleistungen, sowie die in Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 bezeichneten Dienstleistungen.

DIENSTLEISTUNGS- UND OPERATIVES ANGEBOT

Die Gesamtheit der Dienstleistungen und operativen Geschäfte, die von der Gegenseitigkeitsgesellschaft ausgerichtet werden.

ERHÖHTE KOSTENERSTATTUNG

Die erhöhte Kostenerstattung der Krankenversicherung für die in Artikel 37, §§ 1 und 19 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung bezeichneten Personen.

VORTEILE

Die Vorteile, Leistungen oder Kostenerstattungen, die Gegenstand des Dienstleistungs- und operativen Angebots sind.

ANSPRUCH AUF DIE VORTEILE

Möglichkeit, die Vorteile je nach Verfügbarkeit der Mittel in Anspruch nehmen zu können.

ARTIKEL 3: ZIELE

Die Gegenseitigkeitsgesellschaft hat als Ziel, im Rahmen des Artikels 3 b) und c) des gleichen Gesetzes, die Gewährung von Leistungen, Vorteilen und Entschädigungen zu Gunsten ihrer Mitglieder und deren Mitversicherten, sowie die Gewährung von Hilfe, Information und Unterstützung in den folgenden Bereichen:

- Leistungen bei Geburt,
- Fußpflege (Ende der Leistung 31.12.2020),
- Krankenkassenpresse,
- Verwaltung.

ARTIKEL 4: SITZ UND EINZUGSBEREICH

Die Gegenseitigkeitsgesellschaft hat seinen Sitz in 4700 EUPEN, Klosterstraße 66, und sein Tätigkeitsbereich umfasst die Gemeinden des Gerichtsbezirks Eupen.

Die Gegenseitigkeitsgesellschaft richtet sich an alle Personen, die der Krankenkasse beigetreten sind und Deutsch als Verkehrssprache in ihren Beziehungen zur Krankenkasse gewählt haben.

ARTIKEL 5: BEITRITT ZUR CHRISTLICHEN KRANKENKASSE VERVIERS - EUPEN

Gemäß Artikel 70 des Gesetzes vom 6. August 1990 ist die Gegenseitigkeitsgesellschaft der Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen mit Sitz in 4800 Verviers, Rue Lucien Defays 77, angeschlossen.

ARTIKEL 6

(entfällt)

KAPITEL II : BEITRITT, AUSSCHIEDEN, AUSSCHLUSS, KÜNDIGUNG

ARTIKEL 7: BEITRITT ZU DEN DIENSTLEISTUNGEN DER KRANKENKASSE

a) Jede Person, die der Gegenseitigkeitsgesellschaft beitreten möchte, muss sich für die Zusatzversicherung und die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung gleichzeitig auch der Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen (137) anschließen und dieser angeschlossen bleiben, außer wenn sie:

- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung versichert ist;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind;

- für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit versichert ist und deren Mitversicherte;
- unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt;
- sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist;
- inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt.

b) Jeder Versicherte, der sich der Gegenseitigkeitsgesellschaft anschließen möchte oder angeschlossen bleiben möchte, muss auch seine Mitversicherten anschließen.

Die Aufnahme als Mitglied der Gegenseitigkeitsgesellschaft tritt ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft bei der Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen (137) in Kraft.

ARTIKEL 7BIS: INKRAFTTRETEN DES BEITRITTS ZUR ZUSATZVERSICHERUNG

Unter Zusatzversicherung der Krankenkasse sind die im Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie die im Artikel 67, Absatz 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der Zusatzkrankenversicherung vorgesehenen Dienstleistungen der Krankenkasse zu verstehen.

Der Beitritt zu den Leistungen der Zusatzversicherung gilt:

1. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als mitversicherte Person eingeschrieben war und die sich als Versicherter bei derselben Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, ab dem sie der Krankenversicherungspflicht unterliegt, das heißt ab dem Monat, ab dem sie eine der in Artikel 32, 1° bis 16° und 20° bis 22° des koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung vom 14. Juli 1994 Versicherungseigenschaften erhält;

2. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als versicherte Person eingeschrieben war und die sich als versicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Quartals, ab dem dieser Beitritt in Kraft tritt;
3. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als mitversicherte Person eingeschrieben war und die sich als versicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt;
4. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als versicherte Person eingeschrieben war und die sich als mitversicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt;
5. für eine im Artikel 7, §1, 2° genannte Person sowie für die Personen, die sich zum ersten Mal bei einer belgischen Krankenkasse anmelden, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt;
6. für eine Person, die für die Zusatzversicherung bei einer Krankenkasse als mitversicherte Person eingeschrieben war und die sich als mitversicherte Person bei einer anderen Krankenkasse anmeldet, ab dem ersten Tag des Monats, der auf die Unterzeichnung des Beitrittsantrags folgt.

ARTIKEL 7TER: STRAFE BEI NICHTZAHLUNG DER BEITRÄGE

§1. Einleitung

Je nach ihrer Situation in Bezug auf die Zahlung der Zusatzversicherungsbeiträge im Sinne von Artikel 7 bis kann eine der Krankenkasse angeschlossene Person:

- 1° ein Mitglied sein, das diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen darf;
- 2° ein Mitglied sein, dessen Anspruch auf diese Dienstleistungen ausgesetzt wurde;
- 3° ein Mitglied sein, dem der Anspruch auf diese Dienstleistungen entzogen wurde.

Die Zahlung oder Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge hat auch Auswirkungen:

- auf die Möglichkeit, in den Genuss der Leistungen zu gelangen, die in der Satzung des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen verwiesen;
- auf die Möglichkeit, in den Genuss der Leistungen zu gelangen, die in der Satzung der Gegenseitigkeitsgesellschaft SOLIMUT, der die Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung dieser Gegenseitigkeitsgesellschaft verwiesen;
- auf die Möglichkeit, in den Genuss der Absicherung durch die Versicherung zu gelangen, die das Mitglied bei der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit CKK-Assura abgeschlossen hat und auf die Möglichkeit, dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit beizutreten. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit verwiesen;

Die Zahlung oder Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge hat keine Auswirkungen auf den Anspruch auf die Leistungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung. Ein Ausgleich zwischen unbezahlten Zusatzversicherungsbeiträgen und Leistungen der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung ist nicht erlaubt.

§2. Das Mitglied, das die Leistungen der Zusatzversicherung in Anspruch nehmen darf

Es handelt sich um das Mitglied, das seine Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7 bis regelmäßig bezahlt und nicht in Zahlungsverzug ist

1. für den Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das gemäß Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann.

In diesem Zusammenhang gilt ein Mitglied, das seit mindestens 24 Monaten seine Beiträge für die betreffenden Leistungen regelmäßig bezahlt hat, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, für die betreffenden Leistungen in den drei Monaten unmittelbar nach dem genannten Zeitraum als leistungsberechtigt.

Ein Mitglied, das seit mehr als 24 Monaten ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert war und für die betreffenden Zusatzleistungen in dieser Zeit regelmäßig seine Beiträge entrichtet hat, gilt, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, für die betreffenden Leistungen in den drei Monaten unmittelbar nach dem genannten Zeitraum als leistungsberechtigt.

Ein Mitglied, das zum ersten Mal einer belgischen Krankenkasse als eigenständig Versicherter beitrifft und seit weniger als 24 Monaten dort versichert ist, das jedoch seine Beiträge für die betreffenden Leistungen seit Inkrafttreten seines Versicherungsverhältnisses regelmäßig bezahlt hat, gilt, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, für die betreffenden Leistungen in den drei Monaten unmittelbar nach dem genannten Zeitraum als leistungsberechtigt.

Ein Mitglied, das zum 31. Dezember 2018 Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung hat, gilt, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, als leistungsberechtigt für das erste Quartal 2019;

2° für den vorhergehenden Zeitraum von 23 Monaten.

Ist die Person weniger als 23 Monate vor dem in Ziffer 1 genannten Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das gemäß Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann, zum ersten Mal als eigenständig Versicherter bei einer belgischen Krankenkasse gemeldet, so muss sie während der gesamten Dauer der Zugehörigkeit vor dem in Ziffer 1 genannten Leistungsfall regelmäßig ihre Beiträge für die betreffenden Leistungen bezahlt haben.

Wenn die Person während des in dieser Ziffer 2 genannten Bezugszeitraums:

- a) ununterbrochen bei verschiedenen belgischen Krankenkassen als eigenständig Versicherter gemeldet war, muss sie, um in den Genuss der betreffenden Leistung zu gelangen, in den Monaten der Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei jeder dieser Krankenkassen regelmäßig ihre Beiträge für die betreffenden Leistungen gezahlt haben;
- b) über einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse versichert war, wird dieser Zeitraum der Unterbrechung gleichgestellt:

i° mit einem Zeitraum, für den die Beiträge des Mitglieds als regelmäßig entrichtet gelten, wenn sie

a) nicht zu den Mitgliedern gehört, denen der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde und die den Zeitraum der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß §4 Absatz 5 nicht erfüllt haben;

b) in einer der folgenden Situationen ist:

- das Mitglied hat für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt;
- das Mitglied hat nicht für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt, aber es zahlt spätestens in dem Monat, in dem die Neuanmeldung nach einem Zeitraum der Unterbrechung in Kraft tritt, die nichtbezahlten Beiträge bei seinem jeweiligen Versicherungsträger oder seinen jeweiligen Versicherungsträgern nach;

ii° mit einem Zeitraum, in dem die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen als nicht bezahlt gelten, in allen anderen als den unter b, i genannten Fällen.

Bei der Berechnung des in dieser Ziffer 2° genannten Bezugszeitraums gelten die Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder Konkurses, d. h. vor der gerichtlichen Feststellung der Zulässigkeit oder des Konkurses, rechtlich verhindert ist zu zahlen, als entrichtet.

Für das Mitglied, das während eines Teils des in dieser Ziffer 2 genannten Bezugszeitraums als unterhaltsberechtigter Person mitversichert war und für das seit seiner Aufnahme als eigenständig Versicherter während dieses Bezugszeitraums alle Beiträge entrichtet wurden, wird davon ausgegangen, dass es während des gesamten Bezugszeitraums und, sofern nichts anderes nachgewiesen wird, während der drei Monate unmittelbar nach diesem Zeitraum seine Beiträge ordnungsgemäß entrichtet hat.

Für ein Mitglied, das seit dem 1. Januar 2019 seine Beiträge ordnungsgemäß beglichen hat, wird für die Zeit vor dem 1. Januar 2019 davon ausgegangen, dass die Beiträge ordnungsgemäß entrichtet wurden, wenn es darum geht, festzustellen, ob Anspruch auf eine Leistung für einen Leistungsfall besteht, der nach dem 31. Dezember 2018 eintritt. Diese Bestimmung berührt nicht die Tatsache, dass die Beitragserhebung für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels X + 1 nach fünf Jahren ab dem Ende des Monats, auf den sich die unbezahlten Beiträge beziehen, verjährt ist.

§3 Das Mitglied, dessen Anspruch auf diese Dienstleistungen ausgesetzt wurde

Wenn eine Person ihre Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7 bis für einen Zeitraum, der nicht über den 23. Monat hinausgeht, der dem Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, das gemäß Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann vorausgeht, nicht regelmäßig bezahlt, wird der Leistungsanspruch für diese Person ausgesetzt.

Für die Anwendung des vorstehenden Absatzes:

1. Die Monate, in denen die betreffende Person ihren Status als eigenständig Versicherter im vorgenannten Sinne verloren hat und als unterhaltsberechtigter Person bei einem anderen Versicherten mitversichert wurde, werden den Monaten gleichgestellt, für die die Beiträge entrichtet wurden;
2. Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder Konkurses, d. h. vor der gerichtlichen Feststellung der Zulässigkeit oder des Konkurses, rechtlich verhindert ist zu zahlen, gelten als entrichtet.

War die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert, so werden bei der Anwendung des Absatzes 1 die Monate der Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge während der Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer früheren Krankenkasse berücksichtigt. Wenn die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums während eines oder mehrerer Monate nicht bei einer belgischen Krankenkasse versichert war, wird diese Zeit der Unterbrechung gleichgestellt:

1. mit einem Zeitraum, für den das Mitglied seine Beiträge regelmäßig entrichtet hat, wenn das Mitglied :
 - a) nicht zu den Mitgliedern gehört, denen der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde und die den Zeitraum der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß §4 Absatz 5 nicht erfüllt haben;
 - b) in einer der folgenden Situationen ist:
 1. das Mitglied hat für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt;
 2. das Mitglied hat nicht für alle Monate, in denen es im Laufe der 23 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt, aber es zahlt spätestens in dem Monat, in dem die Neuanmeldung nach einem Zeitraum der Unterbrechung in Kraft tritt, die nichtbezahlten Beiträge bei seinem Versicherungsträger oder seinen Versicherungsträgern nach;
2. mit einem Zeitraum, in dem die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen als nicht bezahlt gelten, in allen anderen als den unter 1 genannten Fällen

Unbeschadet der Anwendung der Verjährung nach Artikel 48 bis des Gesetzes vom 6. August 1990 darf ein Mitglied, dessen Leistungsanspruch im Rahmen der Zusatzversicherung ausgesetzt ist, die Leistungen der Zusatzversicherung erst nach Zahlung aller für den betreffenden Zeitraum von 23 Monaten und für den Monat, in dem das Ereignis eintritt, das nach der Satzung zur Gewährung der Leistung führen kann, wieder in Anspruch nehmen.

§ 4. Das Mitglied dem der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde

Wenn eine Person ihre Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels X + 1 für einen Zeitraum, der über 24 Monate hinausgeht, nicht regelmäßig bezahlt, wird dieser Person der Leistungsanspruch entzogen.

Für die Anwendung des vorstehenden Absatzes:

1. Die Monate des obengenannten Zeitraums, in denen die betreffende Person ihren Status als eigenständig Versicherter im vorgenannten Sinne verloren hat und als unterhaltsberechtigter Person bei einem anderen Versicherten mitversichert wurde, werden den Monaten gleichgestellt, für die die Beiträge entrichtet wurden;
2. Beiträge, die das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder Konkurses, d. h. vor der gerichtlichen Feststellung der Zulässigkeit oder des Konkurses, rechtlich verhindert ist zu zahlen, gelten als entrichtet.

War die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert, so werden bei der Anwendung des Absatzes 1 die Monate der Nichtzahlung der Zusatzversicherungsbeiträge während der Mitgliedschaft als eigenständig Versicherter bei einer früheren Krankenkasse berücksichtigt. Wenn die Person während des in Absatz 1 genannten Bezugszeitraums während eines oder mehrerer Monate nicht bei einer belgischen Krankenkasse versichert war, wird diese Zeit der Unterbrechung gleichgestellt:

1. mit einem Zeitraum, für den das Mitglied seine Beiträge regelmäßig entrichtet hat, wenn das Mitglied :
 - a) nicht zu den Mitgliedern gehört, denen der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde und die den Zeitraum der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß Absatz 5 nicht erfüllt haben;
 - b) in einer der folgenden Situationen ist:
 1. das Mitglied hat für alle Monate, in denen es im Laufe der 24 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt;
 2. das Mitglied hat nicht für alle Monate, in denen es im Laufe der 24 hier oben genannten Monate als eigenständig Versicherter einer belgischen Krankenkasse angehört hat, regelmäßig die Beiträge für die Leistungen der Zusatzversicherung bezahlt, aber es zahlt spätestens in dem Monat, in dem die Neuanmeldung nach einem Zeitraum der Unterbrechung in Kraft tritt, die nichtbezahlten Beiträge bei seinem jeweiligen Versicherungsträger oder seinen jeweiligen Versicherungsträgern nach;
2. mit einem Zeitraum, in dem die Beiträge für die betreffenden Dienstleistungen als nicht bezahlt gelten, in allen anderen als den unter 1 genannten Fällen.

Unbeschadet der Anwendung der Verordnung nach Artikel 48 bis des Gesetzes vom 6. August 1990 kann ein Mitglied, dessen Möglichkeit, eine Zusatzversicherungsleistung in Anspruch zu nehmen, erst nach Ablauf von 24 Monaten, für die Beiträge für diese Leistungen gezahlt worden sein müssen, wieder in den Genuss einer Zusatzversicherung im Sinne von Artikel 7 bis kommen.

Unbeschadet der Anwendung der Verjährung nach Artikel 48 bis des Gesetzes vom 6. August 1990 darf ein Mitglied, dem der Leistungsanspruch im Rahmen der Zusatzversicherung entzogen wurde, die Leistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7 bis erst wieder nach einer weiteren 24-monatigen Frist in Anspruch nehmen, für welche die Beiträge zu diesen Leistungen bezahlt worden sein müssen, ohne dass hierfür auch nur eine einzige Leistung der Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden darf.

Die im vorigen 1 genannte Frist von 24 Monaten wird ausgesetzt:

- 1° während des Zeitraums, in dem das Mitglied, das mit der Zahlung der Beiträge für einen weiteren Zeitraum begonnen hat, aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses rechtlich an der Zahlung gehindert wird;
- 2° während des Zeitraums, in dem das Mitglied, das mit der Zahlung der Beiträge für einen weiteren Zeitraum begonnen hatte, den Status des eigenständig Versicherten verloren hat und den Status eines unterhaltsberechtigten Mitversicherten eines eigenständig Versicherten erhalten hat, der die Beiträge zur Zusatzversicherung nicht regelmäßig entrichtet hat.

War das Mitglied, dem der Anspruch auf die Leistungen der Zusatzversicherung entzogen wurde, während des in Absatz 5 genannten Zeitraums der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ ununterbrochen als eigenständig Versicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen versichert, so werden die 24 Monate ab dem ersten Tag des Monats gezählt, für den die Beiträge für die genannten Leistungen der Krankenkasse, der er zunächst während dieser Zeit angehörte, gezahlt wurden.

Im Falle einer Unterbrechung der Zugehörigkeit zu einer belgischen Krankenkasse als eigenständig Versicherter nach Beginn des in Absatz 5 genannten Zeitraums der „Wiedererlangung des Leistungsanspruchs“ gemäß Absatz 5 setzt der Zeitraum der Unterbrechung die genannte Frist von 24 Monaten aus, für die Beiträge gezahlt werden müssen, ohne dass eine Leistung der Zusatzversicherung in Anspruch genommen werden darf; diese Aussetzung darf jedoch fünf Jahre nicht überschreiten.

Gemäß Artikel 2 quinquies des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 zur Durchführung von Artikel 2, §§ 2 und 3, Artikel 14, § 3, und Artikel 19, dritter und vierter Absatz, des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und die Krankenkassenlandesverbände kann, abweichend von § 4 dieses Artikels, keine Person den Status des Mitglieds einer Krankenkasse erwerben, der vor dem 1. Januar 2022 die Möglichkeit entzogen wurde, die Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Gegebenenfalls behält die Person während des Zeitraums vom 25. Monat der Nichtzahlung der Beiträge bis zum 31. Dezember 2021 ihren Status als Mitglied einer Krankenkasse, dessen Möglichkeit einer Inanspruchnahme der in Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Leistungen im Sinne von § 3 dieses Artikels ausgesetzt ist

Die Beiträge, die sich auf den im vorstehenden Absatz genannten Zeitraum beziehen, werden zu den im letzten Absatz des § 3 des vorliegenden Artikels genannten Beiträgen hinzugerechnet. Um für ein Ereignis, das im Jahr 2021 eintritt, Anspruch auf eine Leistung aus dem betreffenden Dienstleistungsbereich zu haben, müssen daher für den Zeitraum vom 1. Januar 2019 bis zu dem Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, die Beiträge ordnungsgemäß gezahlt werden.

ARTIKEL 8: AUSSCHLUSSVERFAHREN UND KÜNDIGUNG

Von den im Artikel 3 beschriebenen Dienstleistungen darf ein Mitglied ausgeschlossen werden, wenn es gegen die Gesetze vom 14. Juli 1994 und vom 6. August 1990 oder gegen deren Durchführungserlasse verstößt.

Über den Ausschluss entscheidet der Verwaltungsrat oder die Person bzw. der Ausschuss, der zu diesem Zweck vom Verwaltungsrat gemäß Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990 eingesetzt wird.

Das Mitglied ist demnach per Einschreiben oder durch den Gerichtsvollzieher mindestens 10 Werktage vor der Sitzung vorzuladen, auf der es seine Verteidigungsargumente geltend machen kann

Es kann eine schriftliche Begründung und entsprechende Belege vorlegen, Unterlagen zu seiner Person und solche, auf die sich der Ausschlussantrag begründet, einsehen. Es kann sich auf dieser Sitzung von einer Person seiner Wahl beistehen lassen.

Die Argumente, die es zur Verteidigung vorbringt, werden angehört.

Ein ordnungsgemäß vorgeladenes Mitglied, das der betreffenden Sitzung ohne triftige Entschuldigung fernbleibt oder keine Argumente zur Verteidigung vorbringt, kann im Versäumnisweg ausgeschlossen werden.

Der Verwaltungsrat hat darüber zu entscheiden, ob der Entschuldigungsgrund triftig ist. Gegebenenfalls ergeht eine neue Vorladung an das Mitglied gemäß der in Absatz 3 dieses Artikels vorgesehenen Form.

Der Beschluss des Verwaltungsrates ist dem Mitglied schriftlich, entweder per Einschreiben oder durch den Gerichtsvollzieher zuzustellen.

Der Ausschluss tritt am ersten Tag des Quartals ein, das auf die oben genannte Zustellung folgt. Dieser Beschluss ist trotz aller Rechtsmittel unmittelbar vollstreckbar.

2) Ein Mitglied, das seine Mitgliedschaft für die unter Artikel 3 genannten Dienstleistungen auf eigene Initiative kündigt, ist verpflichtet, die Gesamtheit der fälligen Beiträge zu entrichten, und zwar unbeschadet der Durchführungsbestimmungen des Artikels 18, letzter Absatz, des Gesetzes vom 14. Juli 1994, in dem es um den Krankenkassenwechsel geht.

Ein Mitglied darf seine Mitgliedschaft für die Dienstleistungen, die nicht unter die Pflichtkrankenversicherung fallen jederzeit auf eigene Initiative kündigen, wenn es der Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen nicht für die Pflichtkrankenversicherung angeschlossen.

Diese Kündigung ändert nichts an der Verpflichtung zur Zahlung der Krankenkassenbeiträge für das Dienstleistungs- und das operative Angebot, die sich auf zurückliegende Versicherungszeiten innerhalb der im Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehenen Verjährungsfrist beziehen.

ARTIKEL 9: AUFGEHOBEN

KAPITEL III : MITGLIEDSKATEGORIEN

ARTIKEL 10

Die Mitglieder der Gegenseitigkeitsgesellschaft werden in zwei Kategorien eingeteilt, lediglich was die Vertretung in den Verwaltungsgremien anbetrifft, nämlich:

ERSTE KATEGORIE :

Die Selbstständigen und die Mitglieder der Ordensgemeinschaften, die in Artikel 32, Absatz 1, 1 bis, 2, 6 bis, 6 ter, 11 bis, 11 ter, 11 quater und 21 des Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung genannt werden, sowie deren Mitversicherte.

ZWEITE KATEGORIE :

a) Die Versicherten, die der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung unterliegen gemäß den anderen Punkten des Artikels 32, Absatz 1, sowie die unter Punkt 2 desselben Absatzes des Gesetzes über Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung genannten Arbeitnehmer, der für die Mitglieder der ersten Kategorie gilt, sowie deren Mitversicherte.

b) Die Versicherten, die der Gesundheitspflegepflichtversicherung unterliegen gemäß den anderen Punkten desselben Absatzes des Artikels 32 des Gesetzes über die

Gesundheitspflegepflichtversicherung der für die Mitglieder der ersten Kategorie gilt, sowie deren Mitversicherte.

c) Die Personen, die ihren Zweit- oder Hauptwohnsitz in Belgien haben und gemäß einer europäischen Verordnung oder einem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung von Gesundheitsleistungen im Rahmen einer ausländischen Krankenversicherung haben und die der Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot beigetreten sind, sowie deren Mitversicherte.

d) Die Personen, die ihren Zweit- oder Hauptwohnsitz außerhalb Belgiens haben und gemäß einer europäischen Verordnung oder einem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung von Gesundheitsleistungen im Rahmen der belgischen Krankenversicherung haben und die der Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot beigetreten sind, sowie deren Mitversicherte.

e) Die Personen, die sich der Christlichen Krankenkasse für das Dienstleistungs- und operative Angebot angeschlossen haben und die:

- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Kasse für Gesundheitspflege der HR Rail versichert ist;
- für die Pflichtkrankenversicherung bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV) versichert sind sowie deren Mitversicherte;

Der obengenannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren gewöhnlichen Hauptwohnsitz in Belgien hat, die jedoch aufgrund der Artikel 17, 24 oder 26 der Europäischen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit oder aufgrund jeder anderen gleichwertigen Bestimmung, die in einer zwischenstaatlichen Vereinbarung festgelegt wurde, der Gesetzgebung über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung eines anderen Staates als Belgien unterliegt, und die der HKIV einen Anspruchsschein S1 oder gleich welchen anderen gleichwertigen Schein vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie pflichtkrankenversichert ist, Leistungen zu erhalten, die in dem obengenannten koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 vorgesehen sind, sowie deren Mitversicherte;

- für die Gesundheitspflege unter eigenem Namen beim Landesamt für soziale Sicherheit versichert ist und deren Mitversicherte;
- unter eigenem Namen Anspruch auf die Erstattung der Gesundheitsleistungen aufgrund eines Statuts einer Einrichtung des europäischen oder internationalen Rechts mit Sitz in Belgien hat oder haben kann, oder Mitarbeiter einer Botschaft oder eines Konsulats in Belgien ist, deren Gesundheitsleistungen zu Lasten des Landes, das ihn entsendet, abgesichert sein müssen, gemäß den Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963;
- der Krankenversicherungspflicht wegen einer Auslandsmission für eine belgische Regierung nicht mehr unterliegt, sowie deren Mitversicherte;
- sich in einem in Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 beschriebenen Fall befindet und für die obengenannte Pflichtkrankenversicherung bereits anderswo angemeldet oder versichert ist, sowie deren Mitversicherte;
- inhaftiert oder interniert ist und für die Gesundheitspflegepflichtversicherung vom FÖD Justiz abhängt, sowie deren Mitversicherte.

KAPITEL IV : GREMIEN DER GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFT

ABSCHNITT 1 - DIE GENERALVERSAMMLUNG

ARTIKEL 11: ZUSAMMENSETZUNG

Die Generalversammlung setzt sich aus je einem Vertreter für 250 Mitglieder zusammen, so wie sie im Artikel 2, § 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 oder gemäß diesem definiert sind.

Diese Vertreter werden auf sechs Jahre gewählt. Sie sind wiederwählbar.
Artikel 14, § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990

Das Amt als Vertreter in der Generalversammlung wird unentgeltlich ausgeübt

ARTIKEL 12

(entfällt)

ARTIKEL 13: BEDINGUNGEN ZUR WAHLBERECHTIGUNG UND ERSTELLUNG DER WAHLLISTEN

Wahlberechtigt sind

- die der Krankenkasse angeschlossenen Mitglieder, die:
 - volljährig oder mündig gesprochen sind;
 - regelmäßig die Beiträge für ihren Krankenkassenhaushalt bei der Krankenkasse entrichten;
 - einen guten Leumund besitzen;
 - in Belgien ansässig sind;

- die Mitversicherten, die:
 - volljährig oder mündig gesprochen sind;
 - als Unterhaltsberechtigte von Versicherten gelten, die regelmäßig die Beiträge für ihren Krankenkassenhaushalt bei der Krankenkasse entrichten;
 - einen guten Leumund besitzen;
 - in Belgien ansässig sind;

Artikel 14, § 1 des Gesetzes vom 6. August 1990 - Artikel 8 KE vom 7. März 1991

Die Wahlberechtigung wird durch die Eintragung in die Wählerliste festgestellt. Auf dieser Liste stehen Name, Vornamen, Versicherungsnummer und Anschrift jedes Wählers.

Die Wählerliste wird endgültig abgeschlossen am Ende des Quartals, das dem Quartal vorausgeht, in dem das Wahlverfahren beginnt.

ARTIKEL 14: BEDINGUNGEN ZUR WÄHLBARKEIT

Um als Vertreter in die Generalversammlung gewählt zu werden, muss das Mitglied folgende Voraussetzungen erfüllen:

- das Wahlrecht gemäß Artikel 13 dieser Satzungen besitzen;
- einen guten Leumund und seine bürgerlichen Rechte besitzen;
- seit mindestens zwei Jahren vor dem Datum der Wahl der Gegenseitigkeitsgesellschaft oder einer Krankenkasse, die dem gleichen Landesbund angeschlossen ist, als Mitglied angehören;

Satzung COK 137.02 –01.01.2021

- (entfällt seit November 2003)

- nicht Beschäftigter der Gegenseitigkeitsgesellschaft, der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen oder des LBCK sein oder gewesen sein, d.h. einen Arbeitsvertrag mit der Gegenseitigkeitsgesellschaft, der genannten Krankenkasse oder dem LBCK abgeschlossen haben oder zu der gleichen technischen Beschäftigungseinheit wie der Krankenkasse oder des LBCK gehören (vgl. Artikel 14 des Gesetzes vom 20. September 1948 über die wirtschaftliche Organisation).

Ein Mitglied kann sich nur in dem Wahlbezirk zur Wahl stellen, in dem es auch selbst wahlberechtigt ist.

Der Verlust einer der Wählbarkeitsbedingungen während der Ausübung des Mandats führt automatisch zum Verlust der Mitgliedschaft in der Generalversammlung

ARTIKEL 15: WAHLZEITEN

Alle sechs Jahre, und zum ersten Mal im Jahre 2004, legt der Verwaltungsrat der Gegenseitigkeitsgesellschaft die Wahlzeit fest, nachdem er festgestellt hat, dass die Wählerlisten nach den in Artikel 13 dieser Satzungen festgelegten Bestimmungen erstellt wurden. Diese Wahlzeit beginnt mit dem Bewerbungsaufruf gemäß Artikel 16 und endet mit der Verkündung des Wahlergebnisses gemäß Artikel 25.

Auf der gleichen Sitzung legt der Verwaltungsrat folgende Einzelheiten fest:

- das Datum der Veröffentlichung der Mitteilung gemäß Absatz eins des Artikels 16;
- die anderen in Artikel 16 erwähnten Daten;

Gleichzeitig bezeichnet der Verwaltungsrat noch die Mitglieder der Wahlvorstände gemäß Artikel 20.

ARTIKEL 16: BEWERBUNGSAUFRUF UND EINREICHEN DER BEWERBUNGEN

Die Wahlen werden mit der Aufforderung zur Bewerbung angekündigt. Dieser Aufruf erfolgt durch Anschlag einer schriftlichen Mitteilung in jeder Geschäftsstelle der Krankenkasse. Diese Mitteilung muss die weiter unten aufgeführten Angaben enthalten.

Die Mitglieder werden ebenfalls und gleichzeitig über die Veröffentlichungen informiert, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind, und zwar über:

- 1) den Aufruf zur Bewerbung und das Verfahren zur Anmeldung seiner Bewerbung;
- 2) den letzten Termin der Bewerbung;
- 3) die Verteilung der Wahlbezirke und die Anzahl der Sitze je Wahlbezirk;
- 4) die Daten hinsichtlich des Wahlverfahrens.

Mitglieder, die sich bewerben möchten, können dies bis spätestens fünfzehn Kalendertage nach dem Ende des Monats tun, in dem die Mitteilungen ausgehängt und die im Absatz 2 beschriebenen Veröffentlichungen ihnen zugestellt wurden.

(November 2003)

Artikel 9 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 17: FORM DER BEWERBUNGEN

Die Bewerbungen müssen dem Präsidenten der Gegenseitigkeitsgesellschaft per Einschreiben zugesandt werden. Die Bewerbung muss in deutscher Sprache verfasst sein und durch 20 Unterschriften von Wählern des Wahlbezirks unterstützt werden, dem der Kandidat angehört.

(November 2003)

Wenn der Präsident feststellt, dass der Bewerber die Voraussetzungen zur Wählbarkeit nicht erfüllt, muss er diesen innerhalb von fünfzehn Kalendertagen nach dem Versanddatum der Bewerbung per Einschreiben über die Gründe der Ablehnung seiner Aufnahme in die Wählerliste in Kenntnis setzen.
Artikel 10 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

Wenn der Bewerber mit der Ablehnung nicht einverstanden ist, hat er das Recht, sich innerhalb von zehn Werktagen nach dem Versanddatum des oben genannten Einschreibens per Einschreiben an die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen zu wenden.
Artikel 36 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 18: AUFSTELLUNG DER BEWERBERLISTEN.

Eine Liste der tatsächlichen Bewerber wird für jeden Wahlbezirk in alphabetischer Reihenfolge erstellt.
Artikel 13 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 19: VERÖFFENTLICHUNG DER BEWERBERLISTEN

Die Liste der Bewerber, welche die Voraussetzungen zur Wählbarkeit erfüllen, ist den Mitgliedern und den Wahlberechtigten innerhalb von neunzig Kalendertagen nach dem Datum der Aufforderung zur Einreichung der Bewerbung auf dem Veröffentlichungsweg bekannt zu geben.
Artikel 11 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

Die Wahlen beginnen spätestens innerhalb von dreißig Tagen nach dieser Bekanntgabe.
Artikel 12 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 20: WAHLVORSTÄNDE

Mit der Durchführung und der Überwachung der Wahl wird ein Wahlvorstand beauftragt, der aus einem Vorsitzenden, einem Sekretär und zwei Beisitzern besteht, die zur Wahrung des Wahlgeheimnisses verpflichtet sind.
Die Mitglieder des Wahlvorstands werden vom Verwaltungsrat bei der Eröffnungssitzung der in Artikel 15 beschriebenen Wahlzeit ernannt.
Der Sekretär wird vom Präsidenten unter den Mitarbeitern der Gegenseitigkeitsgesellschaft ausgewählt.
Die Bewerber, die sich zur Wahl stellen, dürfen dem Wahlvorstand nicht angehören.
Der Wahlvorstand trifft die erforderlichen Vorkehrungen, um einen ordentlichen Ablauf der Wahl zu gewährleisten.
Artikel 13 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 21: DIE WAHL

Die Wahl erfolgt per Briefwahl.
Wenn die Wahl stattfinden muss, erhält der Wähler mindestens 10 Tage vor der Wahlzeit den weiter unten beschriebenen Briefumschlag, welcher offen ist und den Wahlzettel mit den Wahlanweisungen enthält.
Der Wahlzettel enthält in Form einer alphabetisch geordneten Liste die Namen sämtlicher Kandidaten. Auf dem offenen Umschlag, steht der Vermerk „Porto bezahlt Empfänger“ sowie die Anschrift „An den Sekretär des Wahlvorstands für die Wahl der Generalversammlung der Gegenseitigkeitsgesellschaft Christliche Ostbelgische Krankenkasse.“

Auch die Personalien des Absenders müssen auf dem Umschlag vermerkt werden (Name, Vorname, Anschrift und Mitgliedsnummer).

Der Umschlag muss dem Sekretär des Wahlvorstands entweder auf dem Postweg zugestellt werden oder in eine der versiegelten Urnen gelegt werden, die in der Wahlzeit in jeder Geschäftsstelle der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen aufgestellt werden. Dieser Umschlag muss verschlossen zugestellt werden, damit die Wahl gültig ist.

(November 2003)

Artikel 13 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 22: GÜLTIGKEIT DER WAHL

Jeder Wähler darf nur eine Stimme abgeben. Die anonyme Vorzugs-Stimmabgabe erfolgt durch Ankreuzen des Kästchens neben dem Namen und dem Vornamen des Bewerbers, dem der Wähler seine Stimme geben möchte.

Ungültig sind:

- alle anderen Wahlzettel als die, welche den Wahlberechtigten zugesandt wurden;
- die Wahlzettel, die mehr als eine Stimmabgabe enthalten;
- die Wahlzettel, die keine Stimmabgabe enthalten;
- die Wahlzettel, die einen Hinweis auf die Identität des Wählers enthalten;
- die Wahlzettel, die gleich welches andere Schriftzeichen enthalten als das, welches zur Stimmabgabe dient.

ARTIKEL 23: AUSZÄHLUNG DER WAHLZETTEL

Der Wahlvorstand zählt die Stimmen innerhalb von sieben Werktagen nach der Wahlzeit aus.

Die Vertreter werden nach der Anzahl Stimmen, die sie erhalten haben, gewählt.

Bei Stimmgleichheit für mehrere Bewerber für den letzten zu vergebenden Sitz, wird dem jüngsten Bewerber der Vortritt gelassen.

Artikel 16 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

Der Wahlvorstand erstellt einen Bericht über den Verlauf der Wahlen, in dem er die Anzahl der abgegebenen Stimmen, die Anzahl der gültigen Stimmen und das Ergebnis der Wahl sowie die Wahlbezirke in denen aus den in Artikel 24 dieser Satzungen beschriebenen Gründen keine Wahl stattgefunden hat, aufgeführt werden.

Dieser Bericht ist vom Vorsitzenden des Wahlvorstands sieben Jahre lang aufzubewahren.

ARTIKEL 24: AUSNAHME ZUR PFLICHT DER DURCHFÜHRUNG VON WAHLEN

Wenn die Zahl der Bewerber je Wahlbezirk mit der Anzahl der zu vergebenden Sitze übereinstimmt oder darunter liegt, gelten die Bewerber automatisch als gewählte Vertreter.

Artikel 14 und 15 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 25: VERÖFFENTLICHUNG DES WAHLERGEBNISSES UND EINSPRUCH

Die Mitglieder werden spätestens innerhalb von fünfzehn Tagen nach Ende der Wahlzeit durch öffentliches Anschlag gemäß Artikel 16 über den Ausgang der Wahl in Kenntnis gesetzt.

Gleichzeitig werden die Ergebnisse der Wahl in den Veröffentlichungen mitgeteilt, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind.

Artikel 17 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

Jeder, der ausreichend Gründe geltend machen kann und die Wahlen für ungültig erklären lassen möchte oder eine Änderung des Wahlvorgangs wünscht, hat das Recht, die Aufsichtsbehörde der Krankenkassen innerhalb von zehn Werktagen nach dem Datum der im ersten Absatz dieses Artikels angeführten Veröffentlichung oder nach dem Datum der Veröffentlichung der in Absatz 2 bezeichneten Schriftstücke per Einschreiben anzurufen.

(November 2003)

Artikel 36 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991.

ARTIKEL 26: MITTEILUNG AN DEN LBCK UND DIE AUFSICHTSBEHÖRDE DER KRANKENKASSEN

Eine Ausfertigung der Wahlordnung sowie die Zusammensetzung des Wahlvorstands und eine Abschrift des Berichts über den Wahlvorgang sind dem LBCK und der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen innerhalb von dreißig Tagen nach Abschluss der Wahlen zu übersenden.

Eine Ausfertigung der an die Mitglieder gerichteten Schreiben und/oder Veröffentlichungen ist gleichzeitig an den LBCK und die Aufsichtsbehörde zu schicken.

ARTIKEL 27: EINSETZUNG DER GENERALVERSAMMLUNG

Die neue Generalversammlung wird spätestens innerhalb von dreißig Kalendertagen nach dem Ende der Wahlzeit eingesetzt. Eine Anrufung der Aufsichtsbehörde führt zur Aufhebung dieser dreißigtägigen Frist.

Die Generalversammlung darf fünf Berater aufnehmen. Diese verfügen über beratende Stimmen.

Artikel 18 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

Der Sekretär, der Schatzmeister sowie die Direktionsmitglieder der Krankenkasse nehmen mit beratender Stimme an der Generalversammlung teil.

Artikel 19 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 28: ZUSTÄNDIGKEIT UND ARBEITSWEISE DER GENERALVERSAMMLUNG

1) Die Generalversammlung wird vom Verwaltungsrat einberufen oder wenn ein Fünftel der Mitglieder der Generalversammlung einen entsprechenden Antrag stellt.

Die Mitglieder werden durch persönliches Schreiben zur Generalversammlung eingeladen, das spätestens zwanzig Kalendertage vor dem Datum der Generalversammlung zu versenden ist.

Artikel 16 des Gesetzes vom 6. August 1990

2) Die Generalversammlung berät und beschließt über die ihr von Rechts wegen (insbesondere dem Gesetz vom 6. August 1990) und gemäß diesen Satzungen vorbehaltenen Angelegenheiten.

3) Die Generalversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend oder vertreten ist und die Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst werden, außer in den Fällen, in denen nach dem Gesetz vom 6. August 1990 oder diesen Satzungen eine anders lautende Bestimmung vorgesehen ist.

Wenn die Versammlung beim ersten Mal nicht beschlussfähig ist, wird eine zweite Generalversammlung einberufen, die unabhängig von der Anzahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig ist. Die für den Versand der Einladung geltende Frist wird in diesem Fall auf acht Kalendertage gekürzt. Die Beschlüsse werden auch dann mit der einfachen Mehrheit der abgegebenen

Stimmen gefasst, außer in den Fällen, in denen nach dem Gesetz vom 6. August 1990 oder diesen Satzungen eine anders lautende Bestimmung vorgesehen ist.

Artikel 16 aufgrund einer Auslegung und 18 des Gesetzes vom 6. August 1990

4) Jedes anwesende oder rechtsgültig vertretene Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Ein Mitglied, das der Generalversammlung nicht persönlich beiwohnen kann, hat die Möglichkeit, sich mittels schriftlicher Vollmacht durch ein anderes Mitglied der Generalversammlung vertreten zu lassen. Jedes Mitglied darf nur Träger einer einzigen Vollmacht sein.

5) Ausschließlich der Generalversammlung vorbehalten sind Satzungsänderungen nach dem in Kapitel IX beschriebenen Verfahren.

Artikel 15, § 1 des Gesetzes 6. August 1990

6) Die Generalversammlung kann dem Verwaltungsrat ihre Befugnisse übertragen, was die Beschlüsse über die Anpassung der Beitragssätze angeht. Diese Übertragung von Befugnissen gilt für ein Jahr und kann erneuert werden.

Artikel 15, § 3 des Gesetzes vom 6. August 1990

7) Die Generalversammlung wählt einen Wirtschaftsprüfer aus dem Kollegium von zwei Wirtschaftsprüfern, die von der Generalversammlung des LBCK ernannt wurden. Der Auftrag des Wirtschaftsprüfers gilt für drei Jahre.

Artikel 15, 4° und 32 des Gesetzes vom 6. August 1990

Der Wirtschaftsprüfer erstattet der jährlichen Generalversammlung einen Bericht ab, wenn auf deren Tagesordnung die Abstimmung über die Jahresrechnung steht.

Er wohnt auch der Generalversammlung bei, wenn diese über gleich welchen Bericht berät, den er verfasst hat.

Teilnahme aus der Ferne

§1 Der Verwaltungsrat kann die Mitglieder ermächtigen, mittels eines von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten elektronischen Kommunikationsmittels aus der Ferne an der Generalversammlung teilzunehmen.

In diesem Fall gelten die Mitglieder, die auf diese Weise an der Generalversammlung teilnehmen, im Hinblick auf die Erfüllung der Bedingungen zur Beschlussfähigkeit und Anwesenheit der Mehrheit der Mitglieder sowie der Funktionsweise und des Ablaufs der Generalversammlung als bei der Generalversammlung anwesend.

Die elektronischen Kommunikationsmittel müssen es den Mitgliedern ermöglichen, direkt, gleichzeitig und fortlaufend von den Diskussionen der Sitzung Kenntnis zu nehmen, an den Beratungen teilzunehmen, Fragen zu stellen und ihr Stimmrecht in allen Angelegenheiten auszuüben, über die die Sitzung zu entscheiden hat.

Im Protokoll der Generalversammlung sind alle technischen Probleme und Vorfälle zu erwähnen, die die elektronische Teilnahme an der Generalversammlung oder an Abstimmungen verhindert oder gestört haben.

Stimmabgabe vor der Versammlung

§1. In Ausnahmefällen oder in Fällen höherer Gewalt darf der Verwaltungsrat den stimmberechtigten Mitgliedern erlauben, ihre Stimme vorab schriftlich oder elektronisch abzugeben.

In diesem Fall können die Mitglieder ihre Rechte nur ausüben, indem sie im Voraus mit einem von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Abstimmungsformular abstimmen. Dieses Abstimmungsformular muss die Tagesordnung der Sitzung und die Vorschläge für Beschlüsse sowie die Frist und die Art und Weise enthalten, in der das Abstimmungsformular ausgefüllt und übermittelt werden muss. Die Stimmzettel sind nur gültig, wenn bei jedem Vorschlag zur Beschlussfassung eine Stimmpräferenz oder Stimmenthaltung angegeben ist.

Mitglieder, die innerhalb der vorgeschriebenen Frist ein gültiges Abstimmungsformular vorlegen, gelten bei der Feststellung der zur Beschlussfähigkeit erforderlichen Präsenz gemäß diesem Artikel als anwesend.

ARTIKEL 29 BIS 31

(entfallen)

ABSCHNITT 4 - VERWALTUNGSRAT - EXEKUTIVAUSSCHUSS - SEKRETÄR - SCHATZMEISTER

ARTIKEL 32: ZUSAMMENSETZUNG DES VERWALTUNGSRATES

1) Der Verwaltungsrat der Krankenkasse besteht aus 10 gewählten Mitgliedern.
(November 2003)
Artikel 27 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

Die Bewerbungen sind dem Präsidenten des Verwaltungsrates fünfzehn Tage vor dem Datum der Generalversammlung, auf der die Wahl durchgeführt wird, per Einschreiben zu übersenden.
(Juni 2004)

Wenn die Anzahl der Bewerber über der Anzahl der zu vergebenden Sitze liegt, erfolgt eine geheime Wahl. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Bewerber, auf welche die meisten Stimmen entfallen, sind gewählt.

Bei Stimmgleichheit zwischen mehreren Bewerbern für den letzten zu vergebenden Sitz, erhält der Bewerber mit der längsten Zugehörigkeit zum Verwaltungsrat den Vorzug. Wenn beide Bewerber dem Verwaltungsrat gleich lange angehören erhält der jüngste der beiden Bewerber den Vorzug.

Wenn die Anzahl der Bewerber mit den zu vergebenden Sitzen übereinstimmt oder darunter liegt, gelten die Bewerber automatisch als gewählt.
Artikel 29 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

2) Der Verwaltungsrat darf fünf Berater ernennen, die wegen ihrer Fachkenntnisse anerkannt sind. Diese verfügen über eine beratende Stimme.
Artikel 31 des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

3) Der Regionaldirektor und der Schatzmeister der Krankenkasse nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen des Verwaltungsrates teil.
Artikel 20, § 2 des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

4) Die anderen Mitglieder der Direktion der Krankenkasse nehmen an den Sitzungen des Verwaltungsrates mit beratender Stimme teil.
Artikel 32 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

5) Dem Verwaltungsrat dürfen nicht mehr als 8/10 Personen des gleichen Geschlechts angehören.
Artikel 33 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991

ARTIKEL 33: WÄHLBARKEITSBEDINGUNGEN

Um in den Verwaltungsrat aufgenommen zu werden, sind die in Artikel 14 dieser Satzungen vorgesehenen Bedingungen zur Wählbarkeit zu erfüllen.

(November 2003)

ARTIKEL 34: UNBEZAHLTES AMT

Für das Amt als Verwaltungsratsmitglied wird keine Vergütung gewährt. Die mit der Ausübung dieses Amtes verbundenen Fahrt-, Dokumentations-, Beherbergungs- und Repräsentationskosten werden erstattet, sofern sie belegt werden können.

Artikel 22 des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

ARTIKEL 35: DAUER DES AMTES

Die von der Generalversammlung gewählten Mitglieder werden auf sechs Jahre gewählt.
Artikel 19 des Gesetzes vom 6. August 1990

Die vom Verwaltungsrat gemäß Artikel 32,2 gewählten beratenden Mitglieder werden für die gleiche Zeit ernannt, wie die, welche für die Ausübung des Amtes der gewählten Mitglieder des Verwaltungsrats vorgesehen ist.

(November 2003)

ARTIKEL 36: ERSATZ, RÜCKTRITT, AUSSCHLUSS

Der Ersatz eines verstorbenen oder ausscheidenden Verwaltungsratsmitglieds erfolgt auf der darauf folgenden Generalversammlung nach dem in Artikel 35 vorgesehenen Verfahren. Das auf diese Weise gewählte Verwaltungsratsmitglied beendet das Amt desjenigen, das es ersetzt.

Der Austritt oder der Ausschluss aus der Gegenseitigkeitsgesellschaft setzt dem Amt als Verwaltungsratsmitglied automatisch ein Ende.

Ein Verwaltungsratsmitglied, das den Verwaltungsratssitzungen fünf Mal nacheinander ohne Rechtfertigung fernbleibt, kann vom Verwaltungsrat als ausgeschieden betrachtet werden.

Die Generalversammlung kann die Abberufung eines Verwaltungsratsmitglieds aussprechen, wenn es Artikel 19 des Gesetzes vom 6. August 1990

- dem Gesetz vom 14. Juli 1994 oder seinen Ausführungserlassen zuwiderhandelt;
- dem Gesetz vom 6. August 1990 oder seinen Ausführungserlassen zuwiderhandelt;
- strafrechtlich oder strafpolizeilich mit oder ohne Vorbehalt verurteilt worden ist, sobald das Urteil rechtskräftig wird; solange jedoch die Zeit der Information und Untersuchung läuft und bis zu dem Tag, an dem das Urteil rechtskräftig wird, darf das Verwaltungsratsmitglied seines Amtes vorläufig enthoben werden gemäß Beschluss des Verwaltungsrates unter Einhaltung des im Folgenden beschriebenen Verfahrens.
- so gehandelt hat, dass es den Interessen der Gegenseitigkeitsgesellschaft, der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen, der Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut oder des LBCK schadet;
- sich geweigert hat, den Satzungen und Bestimmungen der Gegenseitigkeitsgesellschaft, der Christlichen Krankenkasse Verviers-Eupen, der Gegenseitigkeitsgesellschaft Solimut oder des LBCK Folge zu leisten.

Auf Einladung seines Präsidenten, seines Vizepräsidenten oder von fünf Mitgliedern des Verwaltungsrates, wird der Verwaltungsrat einberufen, um über diesen Punkt zu beschließen.

Das in Artikel 9 beschriebene Anhörungsverfahren gilt auch hier, mit Ausnahme des zweiten Absatzes.

Der Vorschlag, welcher der Generalversammlung zur Abstimmung vorgelegt wird, ist mit einer Mehrheit von drei Vierteln der Stimmen zu verabschieden.

Jedes anwesende Mitglied verfügt über eine Stimme.

Wenn die in Artikel 38 dieser Satzungen für die Beschlussfähigkeit vorgesehene Anzahl der Anwesenden nicht erreicht wird, kann eine zweite Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einberufen werden. Diese ist unabhängig von der Zahl der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder beschlussfähig. Für die Beschlussfassung bleibt jedoch die Dreiviertelmehrheit erforderlich.

Es wird in geheimer Wahl abgestimmt.

Das Verwaltungsratsmitglied, für welches ein Antrag auf Ausschluss vorliegt, wird mit sofortiger Wirkung seines Amtes enthoben bis zur endgültigen Entscheidung durch die Generalversammlung.

Gegebenenfalls wird der Antrag auf Ausschluss der Generalversammlung dann zur Ratifizierung vorgelegt gemäß den Bestimmungen über das Abstimmungsverfahren und die Beschlussfähigkeit, die laut Artikel 94 dieser Satzungen gelten.

Die vom Verwaltungsrat in dieser Zeit der Amtsenthebung des Mitglieds getroffenen Beschlüsse bleiben gültig, unabhängig von der Entscheidung der Generalversammlung.

Sollte es zu einer Aufhebung des Antrags auf Ausschluss kommen, endet die Amtsenthebung und die Mitgliedschaft im Verwaltungsrat bleibt weiter bestehen.

(November 2003)

ARTIKEL 37: ZUSTÄNDIGKEIT DES VERWALTUNGSRATES.

Gemäß Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990 nimmt der Verwaltungsrat der Gegenseitigkeitsgesellschaft sämtliche Zuständigkeiten wahr, die nach dem Gesetz oder den Satzungen nicht ausdrücklich der Generalversammlung vorbehalten sind.

Mit Ausnahme der Festlegung der Beitragssätze darf der Verwaltungsrat in eigener Verantwortung dem Präsidenten bzw. einem oder mehreren Verwaltungsratsmitgliedern oder einem oder mehreren Ausschüssen, deren Mitglieder vom Verwaltungsrat aus seiner eigenen Mitte ernannt werden, einen Teil seiner Zuständigkeiten übertragen.

Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990

Der Verwaltungsrat legt der Generalversammlung jedes Jahr die Jahresrechnung des vorhergehenden Geschäftsjahres und einen Haushaltsentwurf für das darauf folgende Geschäftsjahr zur Abstimmung vor.

Artikel 24 des Gesetzes vom 6. August 1990

ARTIKEL 38: ARBEITSWEISE DES VERWALTUNGSRATES

Der Verwaltungsrat ist nur beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Verwaltungsratsmitglieder anwesend ist.

Jedes Mitglied verfügt über eine Stimme.

Die Beschlüsse werden mit einer Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen gefasst.

Wenn die für die Beschlussfähigkeit erforderliche Anzahl der Anwesenden nicht erreicht wird, darf innerhalb von acht Tagen eine zweite Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einberufen werden. Diese ist unabhängig von der Zahl der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder beschlussfähig. Für die Beschlussfassung bleibt jedoch die Dreiviertelmehrheit erforderlich.

An Beratungen über Angelegenheiten, die sie selbst oder ihre Familienangehörigen bis zum vierten Verwandtschaftsgrad einschließlich direkt betreffen, dürfen die Mitglieder des Verwaltungsrates nicht teilnehmen.

Artikel 23 des Gesetzes vom 6. August 1990

(November 2003)

Teilnahme aus der Ferne

§1 Der Geschäftsführungsausschuss kann die Mitglieder des Verwaltungsrates ermächtigen, mittels eines von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten elektronischen Kommunikationsmittels aus der Ferne an der Verwaltungsratssitzung teilzunehmen.

In diesem Fall gelten die Mitglieder des Verwaltungsrates, die auf diese Weise an der Verwaltungsratssitzung teilnehmen, im Hinblick auf die Erfüllung der Bedingungen zur Beschlussfähigkeit und Anwesenheit der Mehrheit der Mitglieder sowie der Funktionsweise und des Ablaufs der Verwaltungsratssitzung als bei der Sitzung anwesend.

Die elektronischen Kommunikationsmittel müssen es den Verwaltungsratsmitgliedern ermöglichen, direkt, gleichzeitig und fortlaufend von den Diskussionen der Sitzung Kenntnis zu nehmen, an den Beratungen teilzunehmen, Fragen zu stellen und ihr Stimmrecht in allen Angelegenheiten auszuüben, über die die Sitzung zu entscheiden hat.

Im Protokoll der Verwaltungsratssitzung sind alle technischen Probleme und Vorfälle zu erwähnen, die die elektronische Teilnahme an der Verwaltungsratssitzung oder an Abstimmungen verhindert oder gestört haben.

Stimmabgabe vor der Versammlung

§1. In Ausnahmefällen oder in Fällen höherer Gewalt darf der Geschäftsführungsausschuss den stimmberechtigten Mitgliedern des Verwaltungsrates erlauben, ihre Stimme vorab schriftlich oder elektronisch abzugeben.

In diesem Fall können die Mitglieder des Verwaltungsrates ihre Rechte nur ausüben, indem sie im Voraus mit einem von der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Abstimmungsformular abstimmen. Dieses Abstimmungsformular muss die Tagesordnung der Sitzung und die Vorschläge für Beschlüsse sowie die Frist und die Art und Weise enthalten, in der das Abstimmungsformular ausgefüllt und übermittelt werden muss. Die Stimmzettel sind nur gültig, wenn bei jedem Vorschlag zur Beschlussfassung eine Stimmpräferenz oder Stimmenthaltung angegeben ist.

Mitglieder, die innerhalb der vorgeschriebenen Frist ein gültiges Abstimmungsformular vorlegen, gelten bei der Feststellung der zur Beschlussfähigkeit erforderlichen Präsenz gemäß diesem Artikel als anwesend.

ARTIKEL 39: DIE PRÄSIDENTSCHAFT UND DIE VIZEPRÄSIDENTSCHAFT

Der Verwaltungsrat wählt aus seiner Mitte einen Präsidenten und einen Vizepräsidenten.

Der Verwaltungsrat ernennt ebenfalls die Person, welche die Krankenkasse bei gerichtlichen und außergerichtlichen Handlungen vertritt.

Der Vizepräsident steht dem Präsidenten bei der Amtsausübung bei und ersetzt ihn bei Abwesenheit. Artikel 21 des Gesetzes vom 6. August 1990

ARTIKEL 40: DIE BEFUGNISSE DES PRÄSIDENTEN

Der Präsident führt den Vorsitz der Generalversammlung und der Verwaltungsratssitzungen, er sorgt für die Ausführung der Satzungen und besonderen Bestimmungen. Er vertritt die Gegenseitigkeitsgesellschaft in allen Beziehungen mit den öffentlichen Behörden. (November 2003)

ARTIKEL 41: DER REGIONALDIREKTOR DER Gegenseitigkeitsgesellschaft

Der Regionaldirektor der Krankenkasse nimmt die allgemeine Geschäftsführung der Gegenseitigkeitsgesellschaft sowie das Sekretariat des Verwaltungsrates und der Generalversammlung wahr.

Er erledigt alle erforderlichen schriftlichen Arbeiten, er unterzeichnet die Post, er verfasst und unterzeichnet die Sitzungsberichte und zeichnet die Zahlungsaufträge gegen. Er ist für die Aufbewahrung der Schriftstücke zuständig.

Er ist für die Kontinuität der Arbeit der Gegenseitigkeitsgesellschaft verantwortlich.

Artikel 25 des Gesetzes vom 6. August 1990

ARTIKEL 42 DIE FINANZIELLE LAGE

Der Schatzmeister muss vor dem Verwaltungsrat Rechenschaft über die finanzielle Lage der Gegenseitigkeitsgesellschaft, die Aufbewahrung sämtlicher gesetzlicher und vorschriftsmäßiger Belege sowie über die Vermögenslage ablegen.

ARTIKEL 43

(entfällt)

KAPITEL V : DIE LEISTUNGEN DER GEGENSEITIGKEITSGESELLSCHAFT: VORTEILE, BESONDERE AUFNAHMEBEDINGUNGEN, BEITRÄGE

EINLEITENDER ABSCHNITT: ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

ARTIKEL 44: MITGLIED - VERJÄHRUNG

Die Gegenseitigkeitsgesellschaft stellt ihren Mitgliedern die in Artikel 3 dieser Satzungen beschriebenen Leistungen zur Verfügung.

Die Einforderung der Vorteile im Rahmen des Dienstleistungs- und operativen Angebots der Krankenkasse erlischt zwei Jahre nach dem Ereignis das nach der Satzung Anlass zur Gewährung eines Vorteils geben kann.

Die Gegenseitigkeitsgesellschaft hat nicht das Recht, auf die Anwendung der Verjährungsfrist zu verzichten.

Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990
(November 2003)

Die Maßnahmen zur Rückforderung der finanziellen Beteiligungen und der Entschädigungen, die zu Unrecht im Rahmen der Dienstleistungen der Zusatzversicherung im Sinne des Artikels 7bis gewährt wurden, verjähren zwei Jahre nach dem Ende des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

Diese Verjährung gilt nicht, wenn eine ungerechtfertigte Gewährung von finanziellen Beteiligungen und Entschädigungen auf betrügerische Handlungen zurückzuführen sind, für die derjenige verantwortlich ist, der die Leistungen erhalten hat. In diesem Fall gilt eine fünfjährige Verjährungsfrist ab dem Ende des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

ARTIKEL 45: WARTEZEITEN

Eine Wartezeit von 6 Monaten ist für das Dienstleistungs- und operative Angebot der Gegenseitigkeitsgesellschaft vorgesehen. Sie gilt nicht für die Person, die vor dem Beitritt zur Gegenseitigkeitsgesellschaft einem ähnlichen Dienstleistungs- und operativen Angebot einer anderen Krankenkassenkörperschaft angeschlossen war und für dieses Angebot keine Wartezeit zu erfüllen hatte bzw. diese Wartezeit in vollem Umfang erfüllt hat.

Wenn die Person unmittelbar vor ihrem Beitritt zur Krankenkasse einem ähnlichen Dienstleistungsangebot einer anderen Krankenkassenkörperschaft angeschlossen war und für dieses Angebot die Wartezeit noch nicht in vollem Umfang erfüllt hatte, verkürzt sich die bei der Gegenseitigkeitsgesellschaft zurückzulegende Wartezeit um die Dauer der von dieser Person für eine ähnliche Dienstleistung bereits zurückgelegten Wartezeit.

Die Wartezeit für den Versicherten gilt auch für seine Mitversicherten.

Diese Bestimmung gilt unbeschadet der Bestimmungen des Artikels 7ter.

ARTIKEL 46: ENTSCHÄDIGUNG AUF GRUND EINER ANDEREN RECHTSVORSCHRIFT

Wenn die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, die Arbeitsunfallversicherung, eine gesetzlich vorgeschriebene Versicherung, der Berufskrankheitsfonds, die öffentliche Hand oder eine von der öffentlichen Hand eingesetzte Einrichtung eine Kostenübernahme oder eine Kostenbeteiligung vorsieht, gewährt die Krankenkasse ihre Kostenbeteiligung erst nach Abzug dieser Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung.

Die Bestimmung des vorigen Absatzes darf nicht zur Folge haben:

- dass die Summe aller Kostenübernahmen oder Kostenbeteiligungen geringer ausfällt für einen Leistungsberechtigten, der Anspruch auf die erhöhte Kostenerstattung hat, als für einen Leistungsberechtigten, der diesen Anspruch nicht hat;
- dass einem Leistungsberechtigten ein Vorteil verweigert wird mit der Begründung, dass die im vorigen Absatz beschriebene Kostenübernahme oder Kostenbeteiligung erst nach Ablauf der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 vorgesehenen Verjährung gewährt wird.

ARTIKEL 47: ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSEIGENSCHAFT ODER DER ZUSAMMENSETZUNG DES HAUSHALTS

Das Mitglied ist verpflichtet, die Gegenseitigkeitsgesellschaft innerhalb von 30 Tagen über Änderungen der Versicherungseigenschaft, des Status oder der Haushaltszusammensetzung in Kenntnis zu setzen.

Artikel 58 der Satzungen von SOLIMUT

ARTIKEL 48: BEITRÄGE- ZAHLUNGSBEFREIUNG

Die Beiträge sind fällig ab dem Datum des Inkrafttretens des Beitritts, wie in Artikel 7bis festgelegt, und für jeden angefangenen Monat. Die Mitglieder verpflichten sich, die Beiträge für das Dienstleistungs- und operative Angebot zu entrichten.

Die Beiträge gelten für den gesamten Krankenkassenhaushalt und sind vom Versicherten zu entrichten.

Der Jahresbeitrag für das Dienstleistungs- und operative Angebot der Krankenkasse wird in der Beitragstabelle festgehalten, welche dieser Satzung als Anhang I beigefügt ist.

Die Einforderung der Beiträge für die Dienstleistungen und das operative Geschäft verjährt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, auf den sich die unbezahlten Beiträge beziehen.

Die Monatssätze der Beiträge sind in den Tabellen aufgeführt, welche diesen Satzungen als Anlage I (Zusatzversicherung) beigefügt sind.

Durch die Zahlung des Beitrags, die jedes Quartal und im Voraus zu erfolgen hat, tritt der Beitritt tatsächlich in Kraft.

Jede Änderung des Familienstandes, die eine Änderung des Beitragssatzes zur Folge hat, tritt am ersten Tag des Monats danach in Kraft.

Artikel 62 der Satzungen von SOLIMUT

Die folgenden Mitgliederkategorien zahlen einen Beitrag von 0,00 Euro:

- Personen unter 21 Jahren, die eine körperliche oder geistige Behinderung von mindestens 66 % gemäß Artikel 37, § 19,5^o des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung aufweisen und als Versicherte bei der Krankenkasse geführt werden, sowie deren Mitversicherte;

- Personen unter 25 Jahren, denen eine der im Gesetz vom 27. Februar 1987 über die Behindertenbeihilfen vorgesehenen Beihilfen gewährt wird gemäß Artikel 37, § 19,4^o des Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, und die als Versicherte bei der Krankenkasse geführt werden, sowie deren Mitversicherte.

ARTIKEL 49: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 50: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 51 BIS 60

(entfallen)

ARTIKEL 61: BEITRITT DER SELBSTSTÄNDIGEN

(aufgehoben am 01.01.2008)

ARTIKEL 62: INKRAFTTRETEN

Vorausgesetzt, die im letzten Abschnitt des Artikels 7 dieser Satzung genannte Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge wird erfüllt, gilt der Beitritt zur Zusatzversicherung der Gegenseitigkeitsgesellschaft ab dem ersten Tag des Monats, in dem der Beitritt zur Christlichen Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers und Eupen (137) in Kraft tritt.

ARTIKEL 63: AUFGEHOBEN

ARTIKEL 64: BEITRÄGE - BEITRAGSFÄLLIGKEIT

Die Versicherten sind verpflichtet, für ihren Krankenkassenhaushalt die Beiträge zu entrichten, deren Jahres- und Monatssätze aus der Übersichtstafel in der Anlage I zu diesen Satzungen ersichtlich sind.

ARTIKEL 65: ENDE DER BEITRAGSPFLICHT - KÜNDIGUNG

Die Beitragspflicht endet:

- mit dem Tod des Versicherten; die für die noch nicht fälligen Zeiten bezahlten Beiträge sind den Anspruchsberechtigten des Versicherten innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft zu erstatten;
- bei einer Umschreibung am Ende des Monats, der dem ihres Inkrafttretens vorausgeht, wobei die Beiträge für die noch nicht abgelaufenen Zeiträume innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Mitgliedschaft des betreffenden Mitglieds zu erstatten sind;
- bei einem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse am Ende des Quartals, der dem des Inkrafttretens des Wechsels vorausgeht; die für die noch nicht fälligen Zeiten bezahlten Beiträge sind dem betreffenden Mitglied zu erstatten.

ABSCHNITT 1: GEBURTSZULAGE

ARTIKEL 66

1. Begriffsbestimmungen / Terminologie

Intrafamiliäre Adoption: Adoption eines Kindes durch ein Familienmitglied (Kind des Ehegatten oder Kind der Familie bis zum 3. Grad).

2. Beschreibung der Leistung

Diese Leistung besteht aus einer festen Prämie anlässlich der Geburt oder Adoption eines Kindes. Die Prämie ist auch bei einer Totgeburt des Kindes zu zahlen (Schwangerschaft von mindestens 180 Tagen).

3. Bedingungen für die Gewährung der Leistung

Der/die Versicherte muss am Tag der Geburt oder Adoption Mitglied der CKK sein.

4. Ausschlüsse

Die Prämie gilt nicht für intrafamiliäre Adoptionen.

5. Höhe der Leistung

Die Prämie ist ein Pauschalbetrag von 350 €, der dem Versicherten gezahlt wird, bei dem das Kind im Sinne der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (GEPV) mitversichert ist. Bei der Geburt oder Adoption mehrerer Kinder wird der Prämienbetrag mit der Anzahl der Kinder multipliziert.

6. Belege

Die Leistung wird auf der Grundlage der Anmeldung des Kindes bei der CKK gewährt. Bei einer Totgeburt wird die Leistung auf Vorlage einer Kopie der amtlichen Urkunde erbracht.

7. Territorialer Geltungsbereich

Nicht zutreffend

ABSCHNITT 2: FUßPFLEGE ENDE DER LEISTUNG 31.12.2020

ARTIKEL 67

VON DER GENERALVERSAMMLUNG VOM 18.11.2020 AUFGEHOBEN (MIT WIRKUNG AB 01.01.2021)

ABSCHNITT 3: KRANKENKASSENPRESSE

ARTIKEL 68

Die Gegenseitigkeitsgesellschaft sorgt für die Veröffentlichung und Verbreitung einer Krankenkassenzeitung, deren Ziel darin besteht, die Mitglieder über ihre Rechte und Pflichten gegenüber der Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung und der sozialen Sicherheit im Allgemeinen zu informieren, die Positionen des Landesbundes der Christlichen Krankenkassen zur sozialen Sicherheit zu verbreiten und die Erziehung zur Gesundheit zu fördern.

Dieser Dienst bietet keinen Vorteil, der einen individuellen Rechtsanspruch auf einen Kostenzuschuss zur Absicherung eines ungewissen und künftigen Ereignisses eröffnet.

ARTIKEL 69 BIS 82:

(entfallen)

ABSCHNITT 4: SOZIALE UND KULTURELLE TÄTIGKEITEN

ARTIKEL 83 : AUFGEHOBEN

ARTIKEL 84 BIS 87

(entfallen)

ARTIKEL 88 VERWALTUNGSPOSTEN

Damit die Möglichkeit besteht, die Mitglieder an den Verwaltungskosten der Krankenkasse zu beteiligen, wird ein Posten für Verwaltungskosten eingerichtet.

Die Kostenstelle Verwaltung übernimmt

- die Verteilung der gemeinsamen Betriebskosten die, gemäß den Artikeln 74 und 75 des KE vom 21. Oktober 2002 zur Durchführung des Artikel 29, §§1 und 5 des Gesetzes vom 6. August 1990,

weder der Pflichtkrankenversicherung noch einem Posten bzw. einem bestimmten operativen Geschäft der Krankenkasse direkt zuweisbar sind.
Diese gemeinsamen Betriebskosten sind am Ende nach objektiven Schlüsseln gänzlich über die verschiedenen Posten zu verteilen.

KAPITEL VI : HAUSHALT UND BUCHFÜHRUNG

ARTIKEL 89

Die Buchführung wird nach den Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990, insbesondere des Artikels 29 dieses Gesetzes, geregelt; so ist das Vermögen ausschließlich nach den Bestimmungen des vierten Paragraphen dieses Artikels anzulegen.

Die Einnahmen für jede angebotene Leistung bestehen aus:

- den in dieser Satzung aufgeführten Beiträgen;
- den Zuschüssen der öffentlichen Hand;
- den Schenkungen und Stiftungen sowie verschiedenen Einnahmen und Erträgen, die den einzelnen Diensten jeweils zugesprochen werden;
- den Zinsen sowie den Erträgen aus Werturkunden für jeden dieser Dienste.

Jeder Dienst muss einen Teil der Verwaltungskosten, der Verluste auf Werturkunden und der Ausgaben tragen, die sich aus der Anwendung dieser Satzungen ergeben.

Das Vermögen der Gegenseitigkeitsgesellschaft darf zu keinem anderen Zweck verwendet werden, als dem, welcher ausdrücklich in diesen Satzungen aufgeführt wird.

KAPITEL VII : ZUSAMMENARBEIT

ARTIKEL 90

Zur Verwirklichung der in Artikel 3 beschriebenen Ziele darf die Gegenseitigkeitsgesellschaft mit Rechtspersonen des öffentlichen Rechts oder des Privatrechts, die im Gesundheitswesen tätig sind, zusammenarbeiten.

Mit Blick auf ihre geographische Lage, beabsichtigt sie die Ausweitung der Zusammenarbeit mit Rechtspersonen des öffentlichen oder privaten Rechts in Deutschland, den Niederlanden und Luxemburg.

Zu diesem Zweck wird ein schriftlicher Vertrag über die Zusammenarbeit abgeschlossen, in dem das Ziel und die Modalitäten der Zusammenarbeit festgelegt werden, sowie die Rechte und Pflichten, die sich für die in Artikel 10 bezeichneten Mitglieder ergeben.

Der Vertrag über die Zusammenarbeit und seine Abänderungen werden durch die Generalversammlung gutgeheißen und der Aufsichtsbehörde der Krankenkassen vorgelegt.

Der Verwaltungsrat legt der Generalversammlung jedes Jahr einen Bericht über die Ausführung der abgeschlossenen Verträge vor, sowie über die Art und Weise, wie die zu diesem Zweck von der Gegenseitigkeitsgesellschaft zur Verfügung gestellten Mittel eingesetzt wurden.

Artikel 43 des Gesetzes vom 6. August 1990

KAPITEL VIII : AUFLÖSUNG DER KRANKENKASSE, EINZELNER LEISTUNGEN

ARTIKEL 91: ZUSTÄNDIGKEIT DER GENERALVERSAMMLUNG

Die Gegenseitigkeitsgesellschaft kann durch Beschluss der Generalversammlung, die eigens zu diesem Zweck einberufen wird, aufgelöst werden.

Artikel 15 des Gesetzes vom 6. August 1990

Über die Auflösung kann nur beschlossen werden, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend oder vertreten ist, und wenn die Entscheidung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen getroffen wird.

In diesem Fall werden die des Artikels 12, §1, Absatz 3 des Gesetzes vom 6. August 1990 angewandt.

In der Einladung sind zu vermerken:

- die Gründe der Auflösung;
 - die finanzielle Lage der Krankenkasse; nach aktuellstem Stand, dessen Datum nicht mehr als drei Monate zurückliegen darf;
 - der Bericht des Wirtschaftsprüfers zu dieser Lage. Aus diesem Bericht muss insbesondere hervorgehen, dass die finanzielle Lage, so wie sie vorgebracht wird, vollständig und wirklichkeitsgetreu dargestellt wird;
 - die Bedingungen der Liquidation;
 - den Vorschlag/die Vorschläge zur Verwendung eventuell noch verbleibender Vermögenswerte;
- Artikel 45 und 46 des Gesetzes vom 6. August 1990

ARTIKEL 92: VERTEILUNG DER RÜCKLAGEN

§ 1 Im Falle einer Einstellung eines oder mehrerer in Artikel 2 b dieser Satzung beschriebenen Dienstleistungs- und operativen Angebot(s)(e) werden die verbleibenden Guthaben in erster Linie zur Zahlung der Leistungen zu Gunsten der Mitglieder verwendet. Die Beschlüsse der Generalversammlung über die Einstellung von Dienstleistungs- und operativen Angeboten und die Verwendung der verbleibenden Guthaben unterliegen dem Gesetz vom 6. August 1990, Artikel 10, 11 und 12, § 1, Absatz 3.

§ 2 Im Falle einer Auflösung der Gegenseitigkeitsgesellschaft werden die verbleibenden Guthaben der unter Artikel 2 b dieser Satzung beschriebenen Dienstleistungen in erster Linie zur Zahlung der Leistungen zu Gunsten der Mitglieder verwendet.

Die Entschädigung der im Absatz 1 bezeichneten Mitglieder kann auf einer versicherungsmathematischen Grundlage erfolgen.

Wenn sich nach Begleichung aller Schulden und Hinterlegung der Beträge, die bestimmten Gläubigern zustehen, noch Restguthaben ergeben, beschließt die Generalversammlung über die Verwendung dieser Restguthaben für einen Zweck, der den satzungsmäßigen Zielen entspricht.

Artikel 48 des Gesetzes vom 6. August 1990

KAPITEL IX : SATZUNGSÄNDERUNGEN

ARTIKEL 93: ANTRAGSRECHT

Die Satzungen können sowohl auf Antrag des Verwaltungsrates als auch auf Antrag der Mitglieder der Generalversammlung abgeändert werden. Diese unterbreiten ihre Vorschläge dem Verwaltungsrat, der nach entsprechender Prüfung auf der folgenden Generalversammlung Bericht erstattet, indem er dieser die vorgeschlagenen Satzungsänderungen vorlegt.

Die Generalversammlung darf Satzungsänderungen vornehmen, die nicht zu den ihr vom Verwaltungsrat vorgelegten Änderungsvorschlägen gehören.

ARTIKEL 94: GENERALVERSAMMLUNG ZUR ABÄNDERUNG DER SATZUNGEN

Die Satzungen der Gegenseitigkeitsgesellschaft werden von der zu diesem Zweck einberufenen Generalversammlung abgeändert, welche ihre Beratung gemäß den gesetzlichen und satzungsmäßigen Vorschriften durchführt.

Für die Verabschiedung einer vorgeschlagenen Satzungsänderung bedarf es einer Mehrheit von zwei Dritteln der abgegebenen Stimmen.

Artikel 10 des Gesetzes vom 6. August 1990

Wenn die Generalversammlung auf Grund der Anwesenheitszahlen nicht beschlussfähig ist, kann eine zweite Generalversammlung einberufen werden, welche unabhängig von der Anzahl der anwesenden Mitglieder beschlussfähig ist. Die Zweidrittelmehrheit ist auch in diesem Fall erforderlich.

Die Form und die Fristen der Einladungen, der Vorschläge zu den Satzungsänderungen und aller anderen Schriftstücke in Zusammenhang mit der Tagesordnung der Generalversammlung werden in den Artikel 16 und 17 des Gesetzes vom 6. August 1990 festgelegt.

Die Mitglieder der Generalversammlung dürfen Zusatzanträge zur Änderung der Abänderungsvorschläge unterbreiten. Ihr Text ist dem Präsidenten des Verwaltungsrates spätestens zehn Tage vor dem für die Versammlung festgelegten Datum vorzulegen.

Die während der Sitzung vorgeschlagenen Nachträge müssen zur Abstimmung vorgelegt werden

KAPITEL X : SCHLUSSBESTIMMUNGEN

ARTIKEL 95:STREITFÄLLE - SCHIEDSGERICHT

Unbeschadet der Zuständigkeit des Arbeitsgerichts, wie sie in der Gerichtsprozessordnung vorgesehen ist, darf jeder Streitfall vor ein Schiedsgericht gebracht werden, unter Einhaltung des in der Gerichtsprozessordnung festgesetzten Verfahrens.

ARTIKEL 96: INKRAFTTRETEN

Diese Satzungen und gegebenenfalls ihre Änderungen treten gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 (insbesondere Artikel 11) in Kraft.

Anhang I zur Satzung (Artikel 48 und 64)

Tabelle der Beiträge der Einheit 137/02 - Christliche Ostbelgische Krankenkasse

Fassung: 2021/1

Datum der Festlegung: 18-11-2020

Datum des Inkrafttretens: 01.01.2021

Status: Obligatorische Beiträge - genehmigt

Mitglieds-kategorie

Kat. 1 Krankenkassenhaushalt ohne Mitversicherte

Kat. 2 Krankenkassenhaushalt mit Mitversicherten

Kat. 3 Krankenkassenhaushalt mit Beitragsermäßigung und ohne Mitversicherte

Kat. 4 Krankenkassenhaushalt mit Beitragsermäßigung und mit Mitversicherten

Für die Mitglieder der Kategorien 3 und 4 bitte Bezug nehmen auf Artikel 48 der Satzung.

A. Eigene obligatorische Beiträge

| Leistungen | | Genehmigungen (Zahl) | Satzungsartikel | Mitglieds-kategorie | | | |
|------------------|--|-------------------------|-----------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| Kode | Bezeichnung | | | Kat. 1 | Kat. 2 | Kat. 3 | Kat. 4 |
| 15 | Andere operative Geschäfte | 0 | Verschiedene | 5,52 | 5,52 | 0,00 | 0,00 |
| 37 | Information der Mitglieder über Leistungsangebot | 0 | 68 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 98/1 | Kostenstelle Verwaltung: Verteilungsstelle | 0 | 88 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| INSGESAMT | | 0 | | 5,52 | 5,52 | 0,00 | 0,00 |

Liste der Zusammenarbeitsvereinbarungen

| Leistungen | | Juristische Personen | |
|------------------------|------|--------------------------------------|-------------|
| Kode | Name | ZDU-Nummer (Unternehmerdatenbank) | Bezeichnung |
| Kein Ergebnis gefunden | | | |

B. Nationalverband + Gegenseitigkeitsgesellschaft

| Nr. | Einheit Bezeichnung | Aufstellung aller Beiträge | | Beträge gemäß Mitgliedskategorie (Euro/Jahr) | | | |
|------------------|---|----------------------------|--------------------------|--|---------------|-------------|-------------|
| | | Fassung | Datum des Inkrafttretens | Kat. 1 | Kat. 2 | Kat. 3 | Kat. 4 |
| 100 | Landesbund der Christlichen Krankenkassen | 2021/1 | 01.01.2021 | 10,97 | 10,97 | 0,00 | 0,00 |
| 137 | Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers-Eupen | 2021/1 | 01.01.2021 | 10,80 | 10,80 | 0,00 | 0,00 |
| 180/02 | Solimut | 2021/1 | 01.01.2021 | 122,71 | 122,71 | 0,00 | 0,00 |
| INSGESAMT | | | | 144,48 | 144,48 | 0,00 | 0,00 |

Insgesamt A+B

| Nr. | Einheit Bezeichnung | Aufstellung aller Beiträge | | Beträge gemäß Mitgliedskategorie (Euro/Jahr) | | | |
|------------------|---|----------------------------|--------------------------|--|---------------|-------------|-------------|
| | | Fassung | Datum des Inkrafttretens | Kat. 1 | Kat. 2 | Kat. 3 | Kat. 4 |
| 137/02 | Christliche Ostbelgische Krankenkasse | 2021/1 | 01.01.2021 | 5,52 | 5,52 | 0,00 | 0,00 |
| 100 | Landesbund der Christlichen Krankenkassen | 2021/1 | 01.01.2021 | 10,97 | 10,97 | 0,00 | 0,00 |
| 137 | Christliche Krankenkasse der Gerichtsbezirke Verviers-Eupen | 2021/1 | 01.01.2021 | 10,80 | 10,80 | 0,00 | 0,00 |
| 180/02 | Solimut | 2021/1 | 01.01.2021 | 122,71 | 122,71 | 0,00 | 0,00 |
| INSGESAMT | | | | 150,00 | 150,00 | 0,00 | 0,00 |