

HILFREICHE INFORMATIONEN

KRANKENHAUSVERSICHERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT DER BERUFLICHEN TÄTIGKEIT

SFPD-APL

VERSICHERUNGSGEGENSTAND

Diese Versicherung garantiert im Falle eines Krankenhausaufenthalts oder einer schweren Krankheit die zusätzliche Erstattung der Kosten, die nach Abzug der gesetzlichen Beiträge (Krankenkasse usw.) bei den Versicherten verbleiben.

Daher soll die genannte Versicherung Personen oder Haushalte schützen, die aufgrund eines Krankenhausaufenthalts oder einer schweren Krankheit mit hohen Ausgaben konfrontiert sind.

WER KANN DIESE VERSICHERUNG IN ANSPRUCH NEHMEN?

1. ALS HAUPTVERSICHERTE

- a) Statutarische Personalmitglieder, die im Dienst der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung aktiv sind.
- b) Vertragsbedienstete, die im Dienst der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung tätig sind.
- c) Mandatäre der angeschlossenen Lokal- oder Provinzverwaltung, die vor dem Alter von 67 Jahren beitreten (bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie diese Altersgrenze erreichen).
- d) Hauptversicherte Personalmitglieder, die ab dem 1. Januar 2026 in den Ruhestand versetzt werden, sofern sie zum Zeitpunkt ihrer Pensionierung einer ununterbrochenen Weiterversicherung zustimmen.
- e) Personalmitglieder, die am 1. Januar 2026 bereits pensioniert waren und die der Kollektivversicherung der lokalen oder provinziellen Verwaltung angehörten, die dem SSC-SFP angeschlossen ist.

Diese Versicherten können diese Versicherung auf freiwilliger Basis kostenlos in Anspruch nehmen, sofern die örtliche Behörde oder der Versicherungsnehmer die Prämie aus ihrem Haushalt zahlt.

2. ALS MITVERSICHERTE

- a) Der Ehegatte oder gleichgestellte Partner der Hauptversicherten, der bei dem Hauptversicherten wohnt und vor dem Alter von 67 Jahren in die Versicherung aufgenommen wurde.
- b) Der Ehegatte oder gleichgestellte Partner von bereits pensionierten Personalmitgliedern, die bei dem pensionierten Hauptversicherten wohnen, sofern er (sie) bereits vor dem Alter von 67 Jahren der Gruppenversicherung angehörte.
- c) Die Kinder der unter Punkt 1, 2a) und 2b) genannten Personen, für die die Gesetzgebung über Kindergeld gilt oder die, wenn sie kein Kindergeld mehr erhalten, steuerlich zu Lasten dieser Personen bleiben oder unter dem Dach des Berechtigten wohnen; die Enkelkinder der oben genannten Personen, die zu deren Lasten sind oder die, wenn sie nicht mehr unterhaltsberechtig sind, unter dem Dach des Berechtigten wohnen (Person, die das Recht auf Mitgliedschaft eröffnet); die Kinder, die unter gesetzlicher Vormundschaft der oben genannten Personen stehen.
- d) Kinder geschiedener oder rechtlich getrennter Eltern, denen Unterhalt gewährt wird, sofern der Hauptversicherte Unterhalt zahlen muss oder im Fall gemeinsamer Elternschaft.

Es wird darauf hingewiesen, dass im Falle des Todes einer versicherten Person, die sich das Recht auf Mitgliedschaft eröffnet hatte, der Ehepartner oder Mitbewohner und die Kinder, die unter demselben Dach wohnen, weiterhin die Leistungen des Vertrags in Anspruch nehmen können, solange der mitversicherte überlebende Ehepartner oder gleichgestellte Partner nicht wieder heiratet oder eine ähnliche Verpflichtung eingeht.

Die Mitgliedschaft in dieser Police ist freiwillig und der Haushalt, der aus einer unter Punkt 2 genannten Person und ihren Familienmitgliedern besteht, ist verpflichtet, hinsichtlich der Anwendung der Selbstbeteiligung und der Art des Zimmers ein und dieselbe Formel zu wählen.

Die oben erwähnten Versicherten sowie eventuelle versicherte Familienmitglieder, die nach dem Inkrafttreten dieser Versicherungspolice die oben erwähnten Voraussetzungen für die Mitgliedschaft nicht mehr erfüllen, haben die Möglichkeit, ihren Versicherungsschutz ab dem Datum der Beendigung ihrer Mitgliedschaft individuell bei Ethias zu den zu diesem Zeitpunkt geltenden individuellen Bedingungen weiterzuführen.

WAHL DER ART DER DECKUNG

Der Inhaber hat die Wahl zwischen zwei Deckungsarten (siehe die Bestimmungen im nachfolgenden Kapitel „Umfang der Versicherung“)

• BASISMODELL

Dieser Tarif deckt in keinem Fall Zuschläge für die Belegung eines Einbettzimmers ab (keine anwendbare Selbstbeteiligung bei Krankenhausaufenthalt im Mehrbettzimmer/Zweibettzimmer).

• ERWEITERTES MODELL

Dieser Tarif greift bei der Erstattung von Zuschlägen, die mit der Belegung eines Einbettzimmers verbunden sind (Selbstbeteiligung von € 250,00 pro Jahr pro Versicherten bei Krankenhausaufenthalt in einem Einbettzimmer).

Achtung

- Die Wahl des Versicherungsschutzes für den Hauptversicherten führt automatisch zur Wahl des Versicherungsschutzes für die mitversicherten Familienmitglieder.
- Änderung der Art der Deckung:
 1. Der Inhaber, der sich für das erweiterte Modell entschieden hat, kann zum Basismodell wechseln, wenn er mindestens drei Monate vor Ablauf des Jahres einen ausdrücklichen Antrag stellt. Diese Änderung der Art der Deckung erfolgt ausnahmslos für alle versicherten Familienmitglieder.
 2. Der Inhaber, der sich für das Basismodell entschieden hat, kann zum jährlichen Fälligkeitsdatum zum erweiterten Modell wechseln, wenn er dies bis zum 31. Dezember schriftlich beantragt. Allerdings gelten die vorgesehenen Leistungserweiterungen durch den erweiterten Versicherungsschutz nicht zum nächsten Fälligkeitstermin:
 - während eines Zeitraums von drei Monaten außer bei einem Unfall;
 - bei vorbestehenden Erkrankungen gemäß der Definition in Punkt 5. des Kapitels „Versicherungsumfang“ unten.

MITGLIEDSCHAFT

Der Beitritt zur Versicherung ist mit dem dafür vorgesehenen „Beitriffsformular“ möglich. Nach dem Ausfüllen muss dieses an die Personalabteilung der angeschlossenen Kommunalverwaltung zurückgeschickt werden, die es an Ethias weiterleitet. Neue Mitglieder haben ab den in der folgenden Tabelle aufgeführten Daten Anspruch auf Leistungen:

Art der angeschlossenen Verwaltung	Hauptversicherter	Mitversicherter
Prämie in Bezug auf Hauptversicherte, die vollständig von der Verwaltung getragen wird	• Neues Personalmitglied = Datum des Dienstantritts, sofern der Antrag auf Mitgliedschaft in innerhalb von drei Monaten nach diesem Antrag bestätigt wird. Falls nicht, erster Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem das Beitriffsformular eingegangen ist. • Wenn kein neues Mitglied des Personals = erster Tag des Monats nach dem Monat des Eingangs des Formulars der Mitgliedschaft	• Von einem neuen Mitglied des Personals = Datum des Eintritts in den Dienst • Wenn kein neues Mitglied des Personals = erster Tag des Monats nach dem Monat des Eingangs des Formulars der Mitgliedschaft
Prämie in Bezug auf Hauptversicherte, die ganz oder teilweise nicht von der Verwaltung getragen werden	Erster Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem das Beitriffsformular eingegangen ist	Erster Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem das Beitriffsformular eingegangen ist

Ein Versicherungsjahr beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember desselben Jahres. Personen, die im Laufe des Jahres beitreten, zahlen eine anteilige Prämie, die bis zum folgenden 31. Dezember berechnet wird.

ÄNDERUNGEN DER FAMILIENSITUATION

Wenn sich die Familienzusammensetzung ändert, muss dies innerhalb eines Monats durch ein neues Beitrittsformular mit dem Vermerk „Änderung der Familienzusammensetzung“ mitgeteilt werden. Diese Änderungen können nur dann am Tag ihres Inkrafttretens wirksam werden, wenn diese Bedingungen erfüllt sind.

VERRENTUNG

Der Übergang vom Status des Hauptversicherten zum Status des Mitversicherten bei der Pensionierung erfolgt ohne Unterbrechung, ohne Wartezeit, ohne Formalitäten oder medizinische Untersuchung. Bei diesem Wechsel vom Hauptversicherten zum Mitversicherten darf es keine Unterbrechung des vorliegenden Vertrags geben.

WITWEN UND WITWER

Im Falle des Todes des aktiven oder bereits pensionierten Hauptversicherten können die Mitglieder seines Haushalts, die zum Zeitpunkt dieses Ereignisses versichert sind, weiterhin den Versicherungsschutz dieses Vertrags in Anspruch nehmen.

Diese Fortsetzung erfolgt ohne Unterbrechung der Deckung, sofern die betroffenen Personen ihren Antrag innerhalb von drei Monaten nach der ersten folgenden Jahresfälligkeit schriftlich bei Ethias einreichen.

ENDE DER MITGLIEDSCHAFT

Als Hauptversicherter

Die individuelle Mitgliedschaft des Hauptversicherten wird ab der nächsten Jahresfälligkeit beendet durch:

- die freiwillige Kündigung der Mitgliedschaft auf schriftlichen Antrag des Hauptversicherten bei der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung mindestens drei Monate vor der Jahresfälligkeit des Vertrages;
- Beendigung oder Auflösung des satzungsgemäßen Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung;
- Tod des Hauptversicherten;
- Betrug oder versuchten Betrug seitens des Hauptversicherten.
- die Kündigung durch Ethias aufgrund der Nichtzahlung der Prämie.

Die angeschlossenen Kommunalverwaltungen verpflichten sich, Ethias diese Änderungen mitzuteilen.

Als Mitversicherte(r)

Der individuelle Versicherungsschutz des Mitversicherten ab der nächsten Jahresfälligkeit dieses Versicherungsvertrags endet durch:

- die freiwillige Kündigung des Vertrags auf schriftlichen Antrag des Hauptversicherten mittels eines schriftlichen Antrags, der mindestens drei Monate vor der Jahresfälligkeit des Vertrags an die Kommunal- oder Provinzverwaltung gerichtet wird;
- Beendigung oder Auflösung des satzungsmäßigen Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung, außer bei Übergang vom Status des Hauptversicherten zum Status des Mitversicherten bei Eintritt in den Ruhestand;
- Tod des Mitversicherten;
- Betrug oder versuchter Betrug seitens des Mitversicherten;
- die Kündigung durch Ethias aufgrund der Nichtzahlung der Prämie.

Im Falle der oben genannten Kündigung oder Beendigung des Arbeitsvertrags oder der Arbeitsbedingungen (statutarisch) und wenn die Familienmitglieder nicht mehr die oben genannten Kriterien für Mitversicherte erfüllen, bleibt die Versicherung ungeachtet des Datums der Mitteilung der Kündigung in Kraft und die Prämie bleibt weiterhin zahlbar, und zwar bis zum 31. Dezember des laufenden Versicherungsjahres, wenn der

Versicherte dies wünscht.

Wenn der Versicherte seine Mitgliedschaft vorzeitig kündigen möchte, muss er innerhalb eines Monats nach diesem Ereignis ein Schreiben an Ethias richten.

UMFANG DER VERSICHERUNG

1. BASISMODELL

A. Bei einem Krankenhausaufenthalt

Bei einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit, eines Unfalls, einer Schwangerschaft oder einer Entbindung erstattet Ethias bis zu den im Kapitel „Höhe der Garantie“ (siehe unten) festgelegten Grenzen die Kosten der Behandlung, sofern diese während des Aufenthalts in einem anerkannten Krankenhaus oder einer anerkannten Einrichtung für Palliativpflege anfallen.

1. Sofern sie zu einer gesetzlichen Intervention im Rahmen der in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen führen, werden übernommen:

- a) Aufenthaltskosten, einschließlich der Zuschläge für Zweibettzimmer; es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Zuschläge für Aufenthaltskosten, die sich aus der Wahl eines Einbettzimmers aus persönlichen Gründen ergeben, in keinem Fall übernommen werden; Zusätzliche Kosten, die zum Preis von Tag hinzukommen, werden nicht in das Grundpaket eingerechnet;
- b) Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass Honorarzuschläge, die sich aus einem Aufenthalt in einem Einbettzimmer auf eigenen Wunsch des Versicherten aus persönlichen Gründen ergeben, nicht in der Grundformel berücksichtigt werden;
- c) die Kosten für paramedizinische Leistungen;
- d) Kosten für Arzneimittel, Verbandszeug, medizinisches Material und andere medizinische Hilfsmittel;
- e) Kosten für Operationen und Anästhesie;
- f) Kosten für die Nutzung des Operationssaals und des Kreißsaals;
- g) Kosten für Zahnbehandlungen, Zahnprothesen und therapeutische Prothesen sowie für orthopädische Geräte, Brillen, Hörgeräte, medizinische Prothesen und künstliche Gliedmaßen, sofern diese während des Krankenhausaufenthalts angebracht wurden und in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen. Ersatzteile rein kosmetischer Natur werden nicht erstattet;
- h) Kosten für Palliativpflege, einschließlich der Kosten für Arzneimittel;
- i) medizinische Kosten für das Neugeborene während des Krankenhausaufenthalts der Mutter nach einer gedeckten Entbindung, einschließlich der medizinischen Kosten für die Entnahme von Stammzellen;
- j) Kosten für plastische Chirurgie zur Wiederherstellung nach einer versicherten Krankheit oder einem versicherten Unfall;
- k) das Screening auf plötzlichen Kindstod.

2. Unabhängig davon, ob sie zu einem rechtlichen Eingreifen führen oder nicht, sind ebenfalls abgedeckt:

- a) nicht erstattungsfähige Kosten für viszerosynthetisches Material und Endoprothesen;
- b) nicht wiederverwendbares Material, das während eines chirurgischen Eingriffs verwendet wird;
- c) Kosten für Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind oder unter Kategorie „D“ in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind;
- d) homöopathische Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur;
- e) Kosten für Arzneimittel, Verbandsmaterial, medizinische Geräte und andere medizinische Hilfsmittel unter Ausschluss jeglicher Art von Produkten, die auch im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind;
- f) die Kosten für:
 - ~ dringenden und angemessenen Transport zum Krankenhaus;
 - ~ angepasster Transport während des Krankenhausaufenthalts, der aus medizinischen Gründen gerechtfertigt ist;
 - ~ das medizinische Notfallteam (EMU);
- g) die Aufenthaltskosten des Spenders im Falle der Transplantation eines Organs oder Gewebes zugunsten des Versicherten;

- h) Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer eines minderjährigen Kindes, einschließlich der verlängerten Minderjährigkeit (rooming-in);
- i) Kosten für den Aufenthalt in einer Palliativstation;
- j) die auf der Krankenhausrechnung berücksichtigten Bestattungskosten;
- k) verschriebene medizinische Behandlungen wie Massagen, Elektrotherapie, Mechanotherapie, Physiotherapie, Diathermie, Strahlentherapie, Ultraschall usw.

B. Vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

Dies sind medizinische Kosten, die in einem Zeitraum von 60 Tagen vor dem Krankenhausaufenthalt und 180 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt anfallen und in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen.

1. Sofern diese zu einer gesetzlichen Beteiligung an den in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen führen, sind während dieses Zeitraums gedeckt:

- a) Kosten für medizinische Leistungen, die im Anschluss an einen Arztbesuch oder die Konsultation eines Arztes anfallen;
- b) Kosten für ärztlich verordnete paramedizinische Leistungen;
- c) Kosten für ärztlich verordnete medizinische Heilmittel;
- d) Kosten für medizinische Prothesen, die in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen;
- e) Kosten für künstliche Gliedmaßen;
- f) Kosten für medizinische Versorgung und Pflege in Rehabilitationszentren;
- g) Kosten für die medizinische Versorgung des Spenders, die in direktem Zusammenhang mit der Transplantation zugunsten eines hospitalisierten Versicherten stehen;
- h) Kosten für Medikamente.

2. Unabhängig davon, ob sie zu einem rechtlichen Eingreifen führen oder nicht, sind ebenfalls gedeckt:

- a) Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind und unter Kategorie „D“ in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind;
- b) homöopathische Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur;
- c) Kosten für Verbandsmaterial, medizinische Geräte und andere medizinische Hilfsmittel, unter Ausschluss jeglicher Art von Produkten, die auch allgemein im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind;

C. Im Falle einer „schweren Krankheit“

Bei folgenden Krankheiten: Krebs, Leukämie, Tuberkulose, Multiple Sklerose und amyotrophe Lateralsklerose, Parkinson-Krankheit, Diphtherie, Poliomyelitis, zerebrospinale Meningitis, Pocken, Typhus (Typhus exanthematicus, Paratyphus, Typhus und Paratyphus), Enzephalitis, Milzbrand, Tetanus, Cholera, Hodgkin-Krankheit, AIDS, infektiöse oder virale Hepatitis, Röteln, Scharlach, Diabetes, Dialysepflichtige Nierenerkrankungen, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Mukoviszidose, Lymphogranulomatose, Pankreatitis, Alzheimer-Krankheit, progressive Muskeldystrophie, Colitis ulcerosa, Malaria, Morbus Pompe, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, Skrofulose, Brucellose, Sklerodermie, die Versicherung deckt auch die Kosten für Behandlungen außerhalb des Krankenhauses, die in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

1. Sofern diese zu einer gesetzlichen Beteiligung an den in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen führen:

- a) Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge;
- b) Kosten für ärztlich verordnete paramedizinische Leistungen;
- c) Kosten für spezielle Behandlungen, Analysen und Untersuchungen, die aufgrund der Krankheit erforderlich sind;
- d) Mietkosten für jede Art von Ausrüstung;
- e) Medikamente;
- f) Kosten für medizinische Prothesen, die in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

2. Unabhängig davon, ob eine gesetzliche Intervention gewährt wird oder nicht, sind außerdem abgedeckt:

- a) Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind und unter Kategorie „D“ in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind;

- b) Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbandsmaterial, medizinische Geräte und andere medizinische Hilfsmittel, unter Ausschluss jeglicher Art von Produkten, die auch im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind;
- c) homöopathische Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur;
- d) Transportkosten;
- e) alle anderen Kosten, die Ethias vorab genehmigt hat;
- f) Kosten für Perücken, verordnete externe Brustprothesen.

D. Hausgeburten, Entbindung in einer Poliklinik und Kosten nach der Entbindung

Diese Versicherung gilt auch für die medizinischen Kosten im Zusammenhang mit einer Hausgeburt, sowie für eine Geburt in einer Poliklinik. In diesem Fall gelten auch die Leistungen des Kapitels „Vor und nach dem Krankenhausaufenthalt“, wie oben unter Punkt 1 B. erwähnt, einschließlich der medizinischen Kosten für das Neugeborene.

Darüber hinaus erstreckt sich der Versicherungsschutz innerhalb der unter Punkt 3 E unten genannten Grenzen auf Kosten nach einer Entbindung, die von einer anerkannten Einrichtung für postnatale Pflege in Rechnung gestellt werden und die sich auf die häusliche Pflege der Mutter, des Neugeborenen und der Familie durch eine qualifizierte Pflegekraft beziehen.

E. Extramurale Ophthalmologie

Diese Versicherung gilt auch für medizinische Kosten im Zusammenhang mit Kataraktoperationen mit monofokalen oder bifokalen Implantaten, die in der Praxis eines Augenarztes durchgeführt werden, der alle gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, um diese Art von Eingriffen durchführen zu dürfen.

F. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung (MUF)

Der Krankenhausaufenthalt, der die Durchführung einer Behandlung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung (MUF) zum Ziel hat, für die eine gesetzliche Kostenübernahme gewährt wird, wird gemäß den Bedingungen in Artikel 1.A. und 1.B. oben übernommen.

Begriffsbestimmungen

- a) „Krankenhaus“: eine öffentliche oder private Einrichtung, die gesetzlich als Krankenhaus anerkannt ist, mit Ausnahme von geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen, medizinisch-pädagogischen Diensten oder Einrichtungen, Erholungsheimen, geriatrischen Einrichtungen oder Diensten für die einfache Unterbringung von älteren Menschen, Einrichtungen oder Diensten für die einfache Unterbringung von Kindern, Rekonvaleszenten sowie Einrichtungen, die eine besondere Zulassung als Erholungs- oder Pflegeheim erhalten haben.
- b) „Krankenhausaufenthalt“ ist jeder medizinisch notwendige Aufenthalt in einem Krankenhaus, für den ein Tagegeld in Rechnung gestellt wird. Dieser Begriff umfasst sowohl den Aufenthalt von mindestens einer Nacht als auch das Konzept der „One-Day-Clinic“, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - Der Operationssaal oder der Gipsraum wurde tatsächlich genutzt oder ein Krankenhausbett wurde tatsächlich genutzt, mit Ausnahme des Aufenthalts in Wartezimmern, Untersuchungsräumen und Räumen für ambulante Dienste des Krankenhauses;
 - Es muss sich um Leistungen im Rahmen der Maxipauschale, der Pauschale für Tageskliniken (Gruppen 1 bis einschließlich 7), der Pauschalen für chronische Schmerzen, die in der nationalen Vereinbarung zwischen Krankenhauseinrichtungen und Versicherungsträgern aufgeführt sind, sowie für die folgenden Situationen der Tagesklinik handeln:
 - jeder Zustand, der eine dringende Behandlung erfordert, die eine Behandlung in einem Krankenhausbett rechtfertigt;
 - jede Situation, in der auf Anordnung des Arztes, der den Patienten übernommen hat, eine wirksame medizinische Überwachung bei der Verabreichung eines Arzneimittels oder von Blut/ labilen Blutprodukten durch eine intravenöse Infusion erfolgt. Die Verabreichung von Salz- oder Zuckerlösungen, wie sie bei der Infusion auf Abruf und beim Spülen eines Katheterports praktiziert wird, fällt nicht unter diese Definition.

Bei Kuren wird eine Kostenübernahme nur gewährt, wenn die Behandlung Heilcharakter hat, in einer Einrichtung durchgeführt wird, die die oben genannten Bedingungen erfüllt, und Ethias vor Beginn der Behandlung schriftlich zugestimmt hat.

Bei Tuberkulose besteht Versicherungsschutz für Behandlungen in Sanatorien und Heilanstalten für Tuberkulosekranke.

2. ERWEITERTES MODELL

Zu den Leistungen des Haupttarifs kommt die Erstattung von Zuschlägen sowohl für Aufenthaltskosten als auch für Honorare oder Honorarzuschläge hinzu, die bei einem Aufenthalt in einem Einzelzimmer aus persönlichen Gründen anfallen.

3. HÖHE DER GARANTIE

- A. Für jede unter den vorstehenden Punkten 1 und 2 gewährte Leistung wird die Garantie von Ethias bis zum Dreifachen des Betrags der gesetzlichen Intervention gewährt.
- B. Für Kosten, für die es keine gesetzliche Kostenerstattung gibt (siehe 1.A.2., 1.B.2. und 1.C.2. oben), gilt eine Kostenerstattung von bis zu 3.000,00 Euro pro Versicherten und Kalenderjahr, wobei:
 - die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils im Zimmer eines Kindes auf € 50,00 pro Nacht begrenzt sind;
 - die Beteiligung an den Aufenthaltskosten eines Spenders auf 2.000,00 Euro begrenzt sind;
 - Transportkosten bei schweren Krankheiten (siehe 1.C.2.d) oben) auf einen Höchstbetrag von 300,00 Euro pro Person und Kalenderjahr begrenzt sind.
- C. Bei einem Krankenhausaufenthalt infolge einer psychischen, psychiatrischen oder geistigen Erkrankung wird die Leistung pro versicherter Person während eines ununterbrochenen oder nicht ununterbrochenen Zeitraums von 36 Monaten gewährt, der mit dem ersten Tag beginnt, der einen gesetzlichen Anspruch auf Leistung begründet.
- D. Die Kostenübernahme für die im letzten Absatz von Punkt 1.D. des Kapitels „Versicherungsumfang“ genannten Behandlungen wird während eines Zeitraums von höchstens zwölf Tagen und bis zu einem Höchstbetrag von 820,00 Euro gewährt.
- E. Ein Beitrag von 50 % der Kosten bis zu 1.250,00 Euro pro Person und Kalenderjahr für homöopathische Behandlungen, Akupunktur, Osteopathie oder Chiropraktik, die von einem anerkannten Spezialisten auf diesem Gebiet durchgeführt werden, wenn kein gesetzlicher Beitrag für diese Leistungen vorgesehen ist.
- F. Bei extramuraler Augenchirurgie (Punkt 1.E.), unabhängig von der Art des Implantats, der Beteiligung der Krankenkasse und den vom Patienten zu zahlenden Honoraren, übernimmt Ethias einen Höchstbetrag von 600,00 Euro pro Person und Eingriff.
- G. Die Selbstbeteiligung ist auf € 250,00 pro versicherter Person und Kalenderjahr festgelegt.

Diese Selbstbeteiligung gilt nur, wenn die versicherte Person aus persönlichen Gründen ein Einbettzimmer wählt. Im Falle einer schweren Krankheit, wie in Punkt 1.C. oben definiert, entfällt die Selbstbeteiligung.

Falls die Selbstbeteiligung für einen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren gilt, wendet Ethias die Selbstbeteiligung nur einmal an.

Wenn mehrere Mitglieder einer durch diesen Vertrag versicherten Familie zur gleichen Zeit aufgrund eines Unfalls ins Krankenhaus eingeliefert werden, wendet Ethias die Selbstbeteiligung einmalig für alle Familienmitglieder an und nicht separat für jedes Mitglied.

4. WARTEZEIT

Dies ist der Zeitraum ab dem Beitrittsdatum, in dem die Versicherung nicht greift.

A. Hauptversicherte, deren Prämie vollständig von der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung übernommen wird

Sie treten mithilfe des dafür vorgesehenen Beitrittsformulars bei.

Es gibt keine Wartezeit, keinen Fragebogen und keine medizinische Untersuchung.

Dies gilt sowohl für Hauptversicherte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags im Dienst sind, als auch für Hauptversicherte, die später in den Dienst eintreten, sofern der Antrag auf Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten nach dem Datum des Dienstantritts bestätigt wird. Ist dies nicht der Fall, gelten die Bestimmungen, auf die in Buchstabe B Nummern 1, 2, 3 und 4 unten Bezug genommen wird.

B. Hauptversicherte, deren Prämie nicht oder nur teilweise von der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung übernommen wird, und alle Mitversicherten

Sie treten mithilfe des dafür vorgesehenen Beitrittsformulars bei. Die Garantie tritt ab dem ersten Tag des Monats in Kraft, der auf den Monat folgt, in dem dieses Formular übermittelt wurde.

Es gibt keinen Fragebogen und keine medizinische Untersuchung.

1. Die allgemeine Wartezeit beträgt DREI MONATE.
2. Diese Wartezeit gilt nicht:
 - a) für Versicherte, die einer Verwaltung angehören, die dieser Versicherung gerade beigetreten ist, sofern sie ihre Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten nach dem Beitritt der neuen Verwaltung zu dieser Gruppenversicherung bestätigen;
 - b) für neu eingetretene Hauptversicherte und ihre Familien, sofern der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis erfolgt;
 - c) bei einem Unfall;
 - d) für die folgenden akuten Infektionskrankheiten: Scharlach, Masern, Windpocken, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Poliomyelitis, zerebrospinale Meningitis, Dysenterie, Typhus und paratyphoides Fieber, Typhus exanthematicus, Cholera, Pocken, Malaria, wiederkehrendes Fieber, Enzephalitis, Milzbrandfieber und Tetanus;
 - e) bei Heirat für den (die) Ehepartner(in) oder Lebensgefährten(in) (ab dem Datum des Zusammenlebens) und bei Geburt für das Neugeborene einer bereits versicherten Person, sofern die Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis erfolgt.
3. Unbeschadet der Anwendung der dreimonatigen Wartezeit, die im vorstehenden Punkt 1. vorgesehen ist, ist die Intervention von Ethias für die mit einer Schwangerschaft oder Entbindung verbundenen Kosten an die Bedingung geknüpft, dass die Schwangerschaft nach dem Datum des Inkrafttretens der Garantie in Bezug auf die Person, die davon begünstigt wird, begonnen hat.
4. Abweichend von den obigen Punkten 1. und 3. gibt es keine Wartezeit für Personen, die eine frühere Versicherung mit ähnlichen Leistungen hatten, sofern seit dem Beitritt dieser Personen zu dieser Versicherung drei Monate vergangen sind und es keine Unterbrechung des Versicherungsschutzes zwischen den beiden Verträgen gibt. Wenn sich der Antrag auf Kosten im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Entbindung bezieht, werden die Leistungen aus dem vorliegenden Vertrag außerdem nur gewährt, wenn die Schwangerschaft nach dem Beitritt der Empfängerin zu der früheren Versicherung begonnen hat.

Was gilt, wenn man bereits über eine solche Versicherung verfügt?

Personen oder Haushalte, die bereits einen Versicherungsvertrag mit ähnlichen Garantien bei Ethias, einem anderen Versicherer oder ihrer Krankenkasse haben, können nach Ablauf der laufenden Police - die jährlich kündbar ist - ohne Anwendung einer Wartezeit in die Gruppenversicherung wechseln.

Eine Unterbrechung der Versicherung kann jedoch nicht vorliegen.

Es genügt, eine Kopie der bestehenden Police dem Beitrittsformular für diese Versicherung beizufügen und die notwendigen Schritte zur Kündigung der laufenden Versicherung zu unternehmen.

5. VORBESTEHENDE ERKRANKUNGEN

- a) Die unter den Punkten 1 und 2 vorgesehenen Leistungen werden den versicherten Personen nicht gewährt, wenn das Vorliegen des Leidens, der Krankheit, der Invalidität, der Schwangerschaft oder der Entbindung, für die die Versicherung in Anspruch genommen wird, der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter zum Zeitpunkt des Beitritts zu dieser Police nicht unbekannt sein konnte, auch wenn die ersten Symptome noch keine genaue Diagnose zuließen.
- b) Abweichend von Buchstabe a) sind für Personen, deren Mitgliedschaft in dieser Police freiwillig ist und die bis zum Zeitpunkt ihrer Mitgliedschaft in dieser Police einen früheren Versicherungsschutz mit identischen Leistungen hatten, jedoch Leiden, Krankheit, Unfall, Invalidität, Schwangerschaft oder Entbindung versichert, für die der Versicherte bereits im Rahmen des früheren Versicherungsschutzes versichert war, sofern die Mitgliedschaft in dieser Police innerhalb von drei Monaten nach der ersten Jahresfälligkeit des früheren Versicherungsschutzes erfolgt. Wenn diese Personen sich mehr als drei Monate nach dem ersten jährlichen Ablauf ihres vorherigen Versicherungsschutzes bei dieser Police anmelden, gelten die Bestimmungen unter Buchstabe a) oben.

6. AUSSCHLÜSSE

Keine Intervention ist fällig für Leistungen, die sich ergeben aus:

1. einem Unfall oder einer Krankheit, die nicht durch eine medizinische Untersuchung kontrolliert werden kann;
2. die Kosten für eine Schönheits- oder Verjüngungsbehandlung; die Kosten für eine wiederherstellende plastische Chirurgie, die durch eine Krankheit oder einen Unfall verursacht wurde, werden jedoch übernommen;
3. Krankheiten oder Unfällen, die der versicherten Person zugestoßen sind:
 - 3.1 im Zustand der Trunkenheit, Alkoholvergiftung oder unter dem Einfluss von Drogen, Narkotika oder Betäubungsmitteln, die ohne ärztliche Verschreibung verwendet werden, es sei denn:
 - es wird nachgewiesen, dass es keinen kausalen Zusammenhang zwischen der Krankheit oder dem Unfall und den Umständen gibt;
 - der Versicherte erbringt den Nachweis, dass er aus Unwissenheit Getränke oder Betäubungsmittel verwendet hat oder von einem Dritten dazu gezwungen wurde;
 - 3.2 durch Alkoholismus, Drogenmissbrauch oder Medikamentenmissbrauch;
4. Sterilisation, Empfängnisverhütung, außer aus dringenden medizinischen Gründen;
5. Thermalkuren außer aus dringenden medizinischen Gründen;
6. durch Kriegsereignisse, unabhängig davon, ob die versicherte Person als Zivilist oder Soldat daran teilnimmt, zivile Unruhen oder Aufruhr, außer wenn die versicherte Person nicht aktiv daran teilgenommen hat oder sich in einer Situation legitimer Notwehr befunden hat;
7. der Ausübung von Flugsportarten oder Sportarten, bei denen ein Kraftfahrzeug benutzt wird, sowie der Ausübung von bezahlten Sportarten;
8. durch die Folgen einer vorsätzlichen Handlung der versicherten Person, es sei denn, sie weist nach, dass es sich um einen Fall von Personen- oder Sachrettung handelt; Verbrechen und Vergehen, die die versicherte Person begangen hat; Wagnisse, Wetten oder Mutproben. Es wird klargestellt, dass Leistungen, die aus einem Selbstmordversuch resultieren, weiterhin abgedeckt sind;
9. einem Schadensfall infolge der Nutzung von Kernenergie, der unter die Anwendung des Pariser Übereinkommens fällt (Gesetz vom 22. Juli 1985) oder alle anderen gesetzlichen Bestimmungen, die dieses Gesetz ersetzt, geändert oder ergänzt haben;
10. durch Unfälle, wenn die versicherte Person Mitglied der Besatzung eines Lufttransports ist oder während des Fluges eine berufliche oder andere Tätigkeit ausübt, die mit dem Flugzeug oder dem Flug in Zusammenhang steht.

7. TERRITORIALE GRENZEN

Diese Versicherung gilt weltweit.

Es gibt jedoch Länder, mit denen die belgischen Krankenkassen keine Erstattungsvereinbarung geschlossen haben. Falls eine versicherte Person in einem dieser Länder eine Krankheit oder einen Unfall erleidet, wird Ethias so eintreten, als sei die Krankheit oder der Unfall in Belgien aufgetreten. Daher wird eine fiktive Erstattung berücksichtigt, die der Erstattung durch die Krankenkasse entspricht (Kranken- und Invalidenversicherung - Abteilung Gesundheitspflege - Arbeitnehmersystem).

8. MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN

a) Meldung

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts muss die versicherte Person Ethias so schnell wie möglich informieren:

- entweder mithilfe seiner Assurcard-Nummer:
 - per Internet unter www.ethiashospi.be oder unter www.assurcard.be;
 - über das Assurcard-Terminal, sofern das Krankenhaus damit ausgestattet ist (die Liste der teilnehmenden Krankenhäuser ist unter www.assurcard.be/fr/hopitaux abrufbar);
- oder schriftlich mittels des dafür vorgesehenen Dokuments (Dokument auf der Internetseite www.ethias.be oder per Telefon 04 220.33.01). Die versicherte Person muss dieser Erklärung alle Dokumente, Bescheinigungen und ärztlichen Berichte beifügen, die geeignet sind, die Existenz und den Schweregrad des Ereignisses nachzuweisen.

Der Antrag auf Kostenübernahme für eine schwere Krankheit (aufgelistet in Punkt 1.C. des Kapitels „Umfang der Versicherung“ oben), die keinen sofortigen Krankenhausaufenthalt erfordert, muss so schnell wie möglich schriftlich unter Verwendung des dafür vorgesehenen Dokuments eingereicht werden (das Dokument ist auf der Website www.ethias.be oder telefonisch unter 04 220 33 01 erhältlich). Die versicherte Person muss dieser Erklärung alle Dokumente, Bescheinigungen und ärztlichen Berichte beifügen, die geeignet sind, die Existenz und den Schweregrad des Ereignisses nachzuweisen.

Ethias kann vom Versicherten alle für notwendig erachteten Unterlagen anfordern.

b) Übermittlung von Kostenbelegen Der Versicherte sendet Ethias die

Belege für seine Kosten zu:

- die Originalrechnung des Krankenhausaufenthalts (wenn das Drittzahlersystem Assurcard nicht angewendet wird). Dieses Originaldokument muss per Post an Ethias geschickt werden. Wenn die versicherte Person sich dafür entscheidet, die Krankenhausrechnung digital einzureichen (per E-Mail oder über den Kundenbereich), muss sie die Originalrechnung 36 Monate lang aufbewahren. Ethias kann sie im Bedarfsfall von ihm anfordern;
- andere Dokumente: Bescheinigungen über die Rückerstattung der Krankenkasse (Quittungen), pharmazeutische BVAC-Bescheinigungen (nur wenn die versicherte Person ihren AssurPharma-Strichcode nicht verwendet hat) usw. können digital über das Kundenzentrum oder per Post übermittelt werden.

Auf der Grundlage der oben unter a) und b) genannten Dokumente erstattet Ethias den Betrag der oben im Kapitel „Umfang der Versicherung“ genannten Kosten, abzüglich:

- des Betrags der gesetzlichen und/oder außergesetzlichen Kostenbeteiligung (oder eines identischen fiktiven Betrags, falls die versicherte Person aus irgendeinem Grund keinen Anspruch auf diese Kostenbeteiligung hat) und/oder des Betrags, der eventuell von der Krankenkasse im Rahmen der Zusatzversicherung gewährt wird;
- des Betrags anderer bereits erhaltener Rückerstattungen;
- des Betrags der vertraglich vereinbarten Selbstbeteiligung.

Wenn eine Drittzahlervereinbarung über Assurcard gewährt wird, wird die Krankenhausrechnung elektronisch direkt an Ethias übermittelt.

Dieses elektronische Drittzahlersystem ist ein Vorschusssystem. Es bedeutet nicht, dass die von Ethias an das Krankenhaus bezahlte Rechnung endgültig zu Lasten von Ethias geht.

Es kann sein, dass bestimmte Kosten nicht im Versicherungsschutz enthalten sind (z. B. Telefonkosten, Leihgebühr für einen Fernseher, Selbstbeteiligung usw.). Ethias kann den Betrag der nicht gedeckten Kosten direkt von der versicherten Person einfordern. Die versicherte Person verpflichtet sich, die von Ethias übermittelte Kostenrechnung innerhalb von dreißig Tagen nach Erhalt zu erstatten. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückerstattung, kann Ethias ein Verfahren gegen die versicherte Person einleiten. Es wird darauf hingewiesen, dass die Nichteinhaltung des geltenden Verfahrens (darunter die Nichtzahlung der an Ethias geschuldeten Beträge) zur Aufhebung des Zugangs zum Drittzahlersystem AssurCard führen kann.

Ethias kann auch den Betrag der von ihr an das Krankenhaus bezahlten Kosten, die nicht im Versicherungsschutz enthalten sind, durch Aufrechnung zurückfordern, indem sie ihn von jeder späteren Erstattung abzieht, die der versicherten Person aus welchem Grund auch immer zusteht.

c) Einstellung der Zahlung von Entschädigungen

Bei individuellem Austritt einer versicherten Person enden die Interventionen von Ethias an dem Datum, an dem die individuelle Mitgliedschaft endet.

Im Falle einer Kündigung des Versicherungsvertrages enden die Interventionen von Ethias ab dem Datum, an dem der Vertrag endet.

Es wird darauf hingewiesen, dass nur Kosten, die vor dem Datum der Beendigung der Mitgliedschaft oder vor dem Datum der Beendigung des Versicherungsvertrags entstanden sind, bei der Berechnung der vertraglich geschuldeten Erstattung berücksichtigt werden können.

9. PRÄMIE 2026

Die Garantien der vorliegenden Versicherung werden gegen Zahlung einer Jahresprämie gewährt, die auf der Grundlage der folgenden Einzelprämien (einschließlich Steuern) ermittelt wird:

Hauptversicherter oder zweitversicherte Person	Basismodell (Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer)	Erweitertes Modell (Einzelzimmer)
	Keine Selbstbeteiligung im Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer	Selbstbeteiligung von 250 € pro Jahr pro Versicherten im Einzelzimmer
0 bis 20 Jahre	48,83 €	89,01 €
21 bis 49 Jahre	112,20 €	212,11 €
50 bis 66 Jahre	201,76 €	400,44 €
Ab 67 Jahren	470,04 €	917,88 €

RECHNUNGSSTELLUNG FÜR PRÄMIEN

Hauptversicherte

Die Gesamtprämie wird von der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung gezahlt, wenn diese die Kosten dafür übernimmt. Wenn die angeschlossene Kommunal- oder Provinzverwaltung die Prämie nicht oder nicht vollständig übernimmt, wird die vollständige oder teilweise Rechnungsstellung der Prämie individuell an die betroffenen versicherten Personen gerichtet.

Mitversicherte

Der Versicherer erhebt die Prämie direkt von den Mitversicherten, sofern diese verpflichtet sind, die gesamte Prämie zu übernehmen.

Der Teil der Prämie, der gegebenenfalls von der angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung übernommen würde, wird dieser insgesamt in Rechnung gestellt.

Auf Antrag einer angeschlossenen Kommunal- oder Provinzverwaltung kann mit Ethias vereinbart werden, dass die Rechnungsstellung für die Mitversicherten ebenfalls über die angeschlossene Kommunalverwaltung erfolgt.

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Für Informationen zur Rechnungsstellung und Mitgliedschaft

Ethias, voie Gisèle Halimi 10 in 4000 Lüttich

Tel. 04 220 31 74 (erreichbar von 9 bis 12 Uhr und von 14 bis 16 Uhr) contrats.sfpd@ethias.be

Bei einem Krankenhausaufenthalt

Ethias, BP 10037 in 1070 Brüssel Tel. 04 220 33 01 gestionstinistres@ethias.be

Dieser Text hat rein informativen Charakter und soll einen Überblick über die Bestimmungen geben, die in dem zwischen dem Föderalen Pensionsdienst und Ethias abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag enthalten sind. Im Streitfall bezieht sich Ethias ausschließlich auf die besonderen, speziellen und allgemeinen Geschäftsbedingungen.

RECHT AUF INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER KRANKENVERSICHERUNG IM ZUSAMMENHANG MIT DER BERUFLICHEN TÄTIGKEIT

Jede Person, die einer Gruppenversicherung angehört, hat das Recht, diese Versicherung individuell fortzusetzen, wenn sie die Vorteile der Versicherung verliert (bei Wechsel des Arbeitgebers, Entlassung, Pensionierung usw.), und zwar ohne Wartezeit und ohne medizinische Formalitäten (weder medizinischer Fragebogen noch medizinische Untersuchung).

Dieses Recht besteht sowohl für den Hauptversicherten als auch für die anderen Begünstigten der Gruppenversicherung (Ehepartner/in, Kind/er).

BEDINGUNG

Der Hauptversicherte (das Personalmitglied) muss in den zwei Jahren vor dem Ereignis, das zum Verlust der Gruppenversicherung führt (Entlassung, Scheidung usw.), (ohne Unterbrechung) einem oder mehreren aufeinanderfolgenden Krankenversicherungsverträgen angehört haben.

Sofern der Hauptversicherte diese Bedingung persönlich erfüllt, haben er und seine Familienangehörigen das Recht, die Versicherung einzeln fortzusetzen.

VERFAHREN UND FRISTEN

1. Für das Personalmitglied

Der Versicherungsnehmer informiert das Personalmitglied (per Post oder E-Mail) spätestens innerhalb von 30 Tagen nach dem Verlust der Vorteile der Gruppenversicherung über den genauen Zeitpunkt des Verlustes und die Möglichkeit, den Vertrag individuell fortzusetzen.

Das Personalmitglied hat dann 30 Tage Zeit, Ethias über seine Absicht zu informieren, den Vertrag als Einzelperson fortzusetzen. Diese Frist kann um 30 Tage verlängert werden, wenn der Versicherte dies bei Ethias beantragt (per Post oder E-Mail).

Ethias hat 15 Tage Zeit, ein Versicherungsangebot zu unterbreiten.

Das Personalmitglied hat 30 Tage Zeit, dieses Angebot anzunehmen.

2. Für das Familienmitglied

Wenn ein Familienmitglied allein die Vorteile der Gruppenversicherung verliert (Scheidung, Trennung, Kind verlässt den Familienhaushalt usw.), kann es auch sein Recht auf individuelle Weiterführung der Versicherung ausüben.

Das Familienmitglied hat 105 Tage Zeit (ab dem Verlust der Gruppenversicherung), Ethias (per Post oder E-Mail) über seine Absicht zu informieren, den Vertrag individuell fortzusetzen.

Ethias hat 15 Tage Zeit, ihm ein Versicherungsangebot zu unterbreiten.

Die versicherte Person hat 30 Tage Zeit, dieses Angebot anzunehmen

VORFINANZIERUNG

Die Prämie für die Einzelversicherung wird unter Berücksichtigung des Alters festgelegt, das der Versicherte zum Zeitpunkt des Beginns des Anspruchs auf individuelle Weiterführung erreicht hat.

Die versicherte Person kann jedoch während der Zeit, in der sie die Gruppenversicherung in Anspruch nimmt, einen Vorfinanzierungsplan abschließen. In diesem Fall ist das Alter, das bei der Bestimmung der Prämie im Rahmen der individuellen Weiterversicherungspolice berücksichtigt wird, das Alter, das er zu dem Zeitpunkt hatte, als er mit der Zahlung der Prämie für den Vorfinanzierungsplan begann, sofern diese Prämie Jahr für Jahr ohne Unterbrechung gezahlt wurde.

Ethias vermarktet diese Art von Produkt nicht.

DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

SCHUTZ PERSONENBEZOGENER DATEN

Ethias verpflichtet sich, die DSGVO und Ihre daraus resultierenden Rechte getreu umzusetzen.

In unserer Datenschutzrichtlinie finden Sie ausführlichere Informationen, insbesondere über die Ausübung Ihrer Rechte, die Zwecke der Datenverarbeitung und mögliche Dritte, an die wir Ihre Daten unter anderem zur Erfüllung unserer Aufgaben, zur Beantwortung von Schadensersatzansprüchen von Geschädigten und zur Erfüllung unserer gesetzlichen Verpflichtungen weitergeben können, sowie Informationen über die Dauer der Speicherung Ihrer Daten.

Um Ihre Rechte auszuüben, bitten wir Sie, uns Ihren datierten und unterschriebenen Antrag zusammen mit einer Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres Personalausweises zukommen zu lassen:

- per Post an die folgende Adresse:
Ethias SA, DIM-Spoc GDPR, voie Gisèle Halimi 10, Lüttich
- per E-Mail: privacy_request@ethias.be.

Sie können der Verwendung Ihrer Daten für Direktmarketingzwecke jederzeit kostenlos widersprechen.

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit der Anwendung der DSGVO bei Ethias können Sie den Datenschutzbeauftragten kontaktieren:

- per Post an die folgende Adresse:
Ethias SA - Data Protection Officer voie Gisèle Halimi 10 Lüttich
- per E-Mail an DPO@ethias.be.

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten Ihre Privatsphäre verletzt, haben Sie außerdem das Recht, eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde (nachfolgend „DSB“) einzureichen:

über ihre Website: www.autoriteprotectiondonnees.be

- per Post an die folgende Adresse:
Datenschutzbehörde rue de la Presse 35 1000 Brüssel Tel.: +32 2 274 48 00
- per E-Mail: contact@apd-gba.be.

VERARBEITUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND/ODER ANDEREN SENSIBLEN DATEN

Sie geben Ethias Ihre Einwilligung zur Verarbeitung von Daten über Ihre Gesundheit und die Ihrer minderjährigen Kinder, für die Sie die elterliche Sorge innehaben, zur Verarbeitung anderer sensibler Daten gemäß Artikel 9 DSGVO sowie von Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten gemäß Artikel 10 DSGVO und dies, wenn sie für die Risikobewertung, den Abschluss des Versicherungsvertrags, seine Verwaltung, die Verwaltung von Schadensfällen, in die Sie oder Ihre Kinder involviert sind, sowie für die Bekämpfung von Versicherungsbetrug erforderlich sind.

Diese Daten werden mit äußerster Diskretion und nur von den dazu befugten Personen bearbeitet. Die diesbezüglichen Verpflichtungen von Ethias sind in der oben genannten Klausel „Schutz personenbezogener Daten“ detailliert aufgeführt.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, was jedoch die bereits erfolgte Datenverarbeitung nicht ungültig macht. Außerdem könnte Ethias in diesem Fall nicht in der Lage sein, Ihren Forderungen nach Abschluss eines Versicherungsvertrags oder nach Entschädigung für den Schadensfall/die Schadensfälle nachzukommen.

WEITERE INFORMATIONEN

Ethias
voie Gisèle Halimi 10 - 4000 Lüttich
Tél. 04 220 31 11
www.ethias.be
info@ethias.be

ETHIAS SA voie Gisèle Halimi 10 4000 Lüttich www.ethias.be info@ethias.be

Versicherungsunternehmen zugelassen unter Nr. 0196 für die Ausübung aller Nicht-Leben Versicherungszweige, der Lebensversicherungen, der Heirats- und Geburtenversicherungen (K.E. vom 4. und 13. Juli 1979, B.S. vom 14. Juli 1979) sowie der Kapitalisierungsgeschäfte (Beschluss der CBFA vom 9. Januar 2007, B.S. vom 16. Januar 2007).

RPM Lüttich Ust.ID BE 0404.484.654 Konto Belfius Banque: BE72 0910 0078 4416 BIC: GKCCBEBB