

NÜTZLICHE AUSKÜNFTE

BETRIEBLICHE

KRANKENHAUSVERSICHERUNG

SFPD-APL

ethias

GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Bei Krankenhausaufenthalt oder schwerer Krankheit deckt diese Versicherung die zusätzliche Rückerstattung der Kosten, die nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligungen (Krankenkasse, ...) zu Lasten der Versicherten bleiben. Der Zweck dieser Versicherung besteht darin, die Personen oder Haushalte zu schützen, die infolge eines Krankenhausaufenthaltes oder einer schweren Krankheit viel Geld aufbringen müssen.

WER KANN DIESEN VERSICHERUNGSSCHUTZ IN ANSPRUCH NEHMEN?

1. IN IHRER EIGENSCHAFT ALS HAUPTVERSICHERTE

- a) Die Mitglieder des statutarischen Personals, die im Dienst der angeschlossenen lokalen Verwaltung stehen.
- b) Die Mitglieder des Vertragspersonals, die im Dienst der angeschlossenen lokalen Verwaltung stehen.
- c) Die Mandatsträger der angeschlossenen lokalen Verwaltungen, die vor dem Erreichen des 66. Lebensjahres beitreten.

Diese Versicherten dürfen diese Versicherung, auf freiwilliger Basis, kostenlos in Anspruch nehmen, sofern die lokale Verwaltung oder der Versicherungsnehmer deren Prämie in ihrem/seinen Haushalt einträgt.

2. IN IHRER EIGENSCHAFT ALS MITVERSICHERTE

- a) Die unter Punkt 1 aufgeführten Hauptversicherten, die nach dem 1. Januar 2022 in den Ruhestand oder in den Vorruhestand versetzt werden, sofern sie zum Zeitpunkt ihrer Pensionierung damit einverstanden sind, dass ihre Versicherung ohne Unterbrechung fortgesetzt wird.
- b) Die Ehegatten oder Partner, die an derselben Anschrift wie die unter den vorstehenden Punkten 1, 2 a) aufgeführten Personen wohnhaft sind, sofern deren Beitritt vor dem Alter von 66 Jahren erfolgt.
- c) Die Kinder der unter den vorstehenden Punkten 1, 2a) und 2b) genannten Personen für die die Gesetzgebung über die Kinderzulagen Anwendung findet oder die, wenn sie keine Kinderzulagenberechtigten mehr sind, steuerlich zu Lasten dieser Personen bleiben oder im Haushalt des Hauptversicherten gemeldet sind; die Enkelkinder der vorgenannten Personen, die zu deren Lasten sind oder die, wenn dies nicht mehr der Fall ist, im Haushalt des Hauptversicherten (Person, die Berechtigung zur Mitgliedschaft gibt) gemeldet sind; die Kinder, die unter der gesetzlichen Vormundschaft der vorgenannten Personen stehen.
- d) Kinder von geschiedenen oder rechtskräftig getrennten Eltern und die zu Lasten sind, unter der Voraussetzung, dass der Hauptversicherte unterhaltspflichtig ist, oder im Falle einer Mittelternschaft.
- e) Die Personalmitglieder, die am 1. Januar 2022 im Ruhestand sind, oder die ehemaligen Mandatsträger, die der aktuellen Gruppenversicherung der provinziellen und lokalen Verwaltungen bereits angeschlossen sind, sowie deren Ehegatten oder Partner und ihre Kinder, die an ihrem Wohnsitz eingetragen sind.

Es wird festgelegt, dass im Falle des Todes einer versicherten Person, die die Berechtigung zur Mitgliedschaft gab, deren Partner(in) und Kinder, die unter demselben Dach leben, weiterhin versichert bleiben, und zwar solange der mitversicherte überlebende Ehegatte oder gleichgestellte Partner nicht wieder heiratet oder eine ähnliche Bindung eingeht.

Die vorgenannten Versicherten sowie die eventuell mitversicherten Familienmitglieder, die nach dem Inkrafttreten der vorliegenden Versicherungspolice die o.e. Aufnahmebedingungen nicht mehr erfüllen, haben die Möglichkeit, ab dem Datum an dem ihre Mitgliedschaft endet, ihren Versicherungsschutz durch einen persönlichen Vertrag bei Ethias zu den zu diesem Zeitpunkt geltenden Einzelbedingungen, zu verlängern.

WAHL DER DECKUNGSMODALITÄT

Der Hauptversicherte hat die Wahl zwischen zwei Deckungsmodalitäten (siehe die nachstehenden Bestimmungen des Kapitels « Versicherungsumfang »)

• Basisdeckung

Diese Modalität deckt keinesfalls Zuschläge, die mit der Belegung eines Einzelzimmers in Verbindung stehen (keine anzuwendende Selbstbeteiligung bei einem Krankenhausaufenthalt im Gemeinschafts-/Zweibettzimmer).

• Erweiterte Deckung

Diese Modalität sieht die Rückerstattung der Zuschläge vor, die mit der Belegung eines Einzelzimmers in Verbindung stehen (Selbstbeteiligung von 250,00 € pro Jahr pro Versicherten bei einem Krankenhausaufenthalt im Einzelzimmer).

Vorsicht

- Die Wahl der Deckungsmodalität des Hauptversicherten gilt automatisch für die anderen Mitglieder der versicherten Familie.
- Änderung der Deckungsmodalität:
 1. Der Hauptversicherte, der sich für die erweiterte Deckung entschieden hat, kann mittels einer schriftlichen Anfrage am jährlichen Fälligkeitstermin zur Basisdeckung wechseln. Diese Änderung der Deckungsmodalität gilt ohne Ausnahme für alle Mitglieder der versicherten Familie.
 2. Der Hauptversicherte, der sich für die Basisdeckung entschieden hat, kann zum jährlichen Fälligkeitstermin zur erweiterten Deckung wechseln, wenn er dies vor dem 31. Dezember schriftlich beantragt. Die Deckungserweiterungen, die in der erweiterten Modalität vorgesehen sind, werden jedoch nicht am nächsten Fälligkeitstermin angewandt:
 - für einen Zeitraum von 3 Monaten außer bei Unfall,
 - für bereits zuvor bestehende Erkrankungen, die unter Punkt 5 des nachstehenden Kapitels « Versicherungsumfang » definiert sind.
- Falls die Verwaltung für die Hauptversicherten die Prämie für die erweiterte Deckung vollständig übernimmt, kann die für die versicherten Familienmitglieder geltende Deckungsmodalität von der Deckungsmodalität für den Hauptversicherten abweichen, muss aber für alle Familienmitglieder gleich sein.

BEITRITT

Der Beitritt zur Versicherung erfolgt anhand des zu diesem Zweck vorgesehenen « Beitrittsformulars ».

Dieses Formular muss ausgefüllt werden und an den Personaldienst der angeschlossenen lokalen Verwaltung zurückgeschickt werden. Dieser leitet es an Ethias weiter.

Für die neuen Mitglieder gelten die Deckungen ab dem in nachstehender Tabelle vermerkten Datum:

Art der angeschlossenen Verwaltung	Hauptversicherter	Mitversicherter
Die Verwaltung übernimmt die Prämie der Hauptversicherten ganz	<ul style="list-style-type: none"> • Neues Personalmitglied = Datum des Dienstantritts sofern der Mitgliedschaftsantrag innerhalb der darauffolgenden drei Monate bestätigt wird. Ist dies nicht der Fall, am ersten Tag des Monats, der dem Monat folgt in dem das Beitrittsformular eingegangen ist • Kein neues Personalmitglied = erster Tag des Monats, der dem Monat folgt in dem das Beitrittsformular eingegangen ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Eines neuen Personalmitglieds = Datum des Dienstantritts • Keines neuen Personalmitglieds = erster Tag des Monats, der dem Monat folgt in dem das Beitrittsformular eingegangen ist
Die Verwaltung übernimmt die Prämie der Hauptversicherten nur teilweise oder gar nicht	Erster Tag des Monats, der dem Monat folgt in dem das Beitrittsformular eingegangen ist	Erster Tag des Monats, der dem Monat folgt in dem das Beitrittsformular eingegangen ist

Ein Versicherungsjahr beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember des gleichen Jahres. Die Personen, die im Laufe des Jahres beitreten, bezahlen eine anteilmäßige Prämie, die bis zum folgenden 31. Dezember berechnet wird.

ÄNDERUNGEN IN DER FAMILIÄREN LAGE

Treten Änderungen in der Haushaltszusammensetzung ein, müssen diese innerhalb eines Monats anhand eines neuen Beitrittsformulars mit dem Vermerk « Änderung in der Haushaltszusammensetzung » mitgeteilt werden. Nur wenn diesen Bedingungen Folge geleistet wird, können diese Änderungen zum Datum ihres Eintritts berücksichtigt werden.

VERSETZUNG IN DEN RUHESTAND

Der Übergang vom Statut des Hauptversicherten zum Mitversicherten anlässlich der Versetzung in den Ruhestand erfolgt ohne Unterbrechung, ohne Wartezeit, ohne Formalitäten und ohne ärztliche Untersuchung. Bei diesem Übergang vom Hauptversicherten zum Mitversicherten darf es nicht zu einer Unterbrechung des Vertrags kommen.

WITWER UND WITWEN

Im Todesfall des Hauptversicherten oder des Pensionierten als Mitversicherter können die zu diesem Zeitpunkt versicherten Mitglieder seines Haushalts weiterhin die Deckung des gegenwärtigen Vertrags genießen.

Diese Aufrechterhaltung erfolgt ohne Deckungsunterbrechung sofern die betroffenen Personen ihren Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten nach der ersten darauffolgenden Jahresfälligkeit schriftlich an Ethias richten.

ENDE DER MITGLIEDSCHAFT

Für Hauptversicherte

Die individuelle Deckung des Hauptversicherten endet ab der darauffolgenden jährlichen Fälligkeit:

- durch freiwillige Kündigung der Mitgliedschaft mittels eines schriftlichen Antrags, den der Hauptversicherte bei der angeschlossenen lokalen Verwaltung einreicht,
- wenn das Arbeitsverhältnis als beamtetes Personalmitglied oder Vertragspersonalmitglied zwischen dem Hauptversicherten und der angeschlossenen lokalen Verwaltung endet oder aufgelöst wird,
- durch das Ableben des Hauptversicherten,
- bei einem Betrug oder einem versuchten Betrug seitens des Hauptversicherten.

Die angeschlossenen lokalen Verwaltungen verpflichten sich, Ethias diese Veränderungen mitzuteilen.

Für Mitversicherte

Die individuelle Deckung des Mitversicherten endet ab der darauffolgenden jährlichen Fälligkeit dieses Versicherungsvertrags:

- durch freiwillige Kündigung der Mitgliedschaft mittels eines schriftlichen Antrags, den der Mitversicherte Ethias zustellt,
- wenn das Arbeitsverhältnis als beamtetes Personalmitglied oder Vertragspersonalmitglied zwischen dem Hauptversicherten und der angeschlossenen lokalen Verwaltung endet oder aufgelöst wird, außer wenn der Wechsel vom Status eines Hauptversicherten zu dem eines Mitversicherten zum Zeitpunkt der Versetzung in den Ruhestand erfolgt,
- durch das Ableben des Mitversicherten,
- bei einem Betrug oder einem versuchten Betrug seitens des Mitversicherten,
- durch die Kündigung seitens Ethias wegen Nichtzahlung der Prämie.

Im Falle der vorerwähnten Kündigung oder Auflösung des Arbeitsvertrags oder der Arbeitsbedingungen (statutarische Bedienstete) und wenn die Familienmitglieder nicht mehr die oben genannten Kriterien eines Mitversicherten erfüllen, bleibt der Versicherungsschutz erhalten, ungeachtet des Datums der Notifizierung der Kündigung, und die Prämie zu zahlen, bis zum 31. Dezember des laufenden Versicherungsjahres, wenn der Versicherte dies wünscht.

Möchte der Versicherte seine Mitgliedschaft vorzeitig beenden, muss er dies Ethias innerhalb eines Monats nach diesem Ereignis schriftlich mitteilen.

VERSICHERUNGSUMFANG

1. BASISDECKUNG

A. Bei Krankenhausaufenthalt

Bei Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit, eines Unfalls, einer Schwangerschaft oder einer Entbindung erstattet Ethias die Behandlungskosten, entsprechend den im Kapitel « Höhe des Versicherungsschutzes » festgelegten Grenzen (siehe nachstehend), sofern sie während des Aufenthalts in einem anerkannten Krankenhaus oder in einer anerkannten Palliativpflegeeinrichtung entstanden sind.

1. Gedeckt sind, sofern sie Anlass zu einer gesetzlichen Beteiligung im Rahmen der in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen geben:
 - a) die Aufenthaltskosten, einschließlich der Zuschläge für Zweibettzimmer.
Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die zusätzlichen Aufenthaltskosten, die berechnet werden weil aus persönlichen Gründen ein Einzelzimmer gewählt wird, keinesfalls gedeckt sind,

- b) die Kosten für medizinische Leistungen, die Honorare und Honorarzuschläge. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Zusatzhonorare, die berechnet werden weil der Versicherte aus persönlichen Gründen ein Einzelzimmer gewählt hat, in der Basisdeckung nicht gedeckt sind,
 - c) die Kosten für paramedizinische Leistungen,
 - d) die Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbände, medizinisches Material und andere medizinische Hilfsmittel,
 - e) Chirurgie- und Anästhesiekosten,
 - f) die Kosten für die Benutzung des Operationssaales und des Kreissaales,
 - g) die Kosten für Zahnpflege, Zahnprothesen und therapeutische Prothesen, sowie für orthopädische Apparate, Brillen, Hörgeräte, medizinische Prothesen und Kunstglieder, sofern diese während des Krankenhausaufenthalts eingesetzt wurden und in direktem Zusammenhang mit dem Grund für den Krankenhausaufenthalt stehen. Prothesen, die einen rein ästhetischen Charakter aufweisen, werden nicht zurückerstattet,
 - h) die Kosten für Palliativpflege, einschließlich der Kosten für Arzneimittel,
 - i) die medizinischen Kosten für das Neugeborene, die während des Krankenhausaufenthalts der Mutter entstanden sind und auf eine durch die Versicherung gedeckte Entbindung folgen, einschließlich der medizinischen Kosten für die Entnahme von Stammzellen,
 - j) die Kosten für wiederherstellende plastische Chirurgie infolge einer gedeckten Krankheit oder eines gedeckten Unfalls.
2. Sind ebenfalls gedeckt, ob es für sie nun eine gesetzliche Kostenbeteiligung gibt oder nicht:
- a) die Kosten für Viscerosynthesematerial und endoprothetisches Material, die nicht zurückerstattet werden,
 - b) das Einwegmaterial, das während eines chirurgischen Eingriffs verwendet wird,
 - c) die Arzneimittelkosten, die nicht rückvergütet werden oder in der Nomenklatur des LIKIV unter der Kategorie « D » aufgeführt werden,
 - d) die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur,
 - e) die Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbände, medizinisches Material und andere medizinische Mittel, mit Ausnahme jeder Art von Produkten, die auch im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind,
 - f) Kosten:
 - ~ für den dringenden und geeigneten Transport ins Krankenhaus,
 - ~ für den geeigneten Transport während des Krankenhausaufenthalts, der aus medizinischen Gründen gerechtfertigt ist,
 - ~ des medizinischen Notfallteams,
 - g) die Aufenthaltskosten für den Spender bei einer Organ- oder Gewebetransplantation zu Gunsten des Versicherten,
 - h) die Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer eines minderjährigen Kindes unter Einbeziehung der verlängerten Minderjährigkeit (Rooming-in),
 - i) die Aufenthaltskosten in einer Palliativstation,
 - j) die Kosten für die Leichenkammer, die in der Rechnung des Krankenhauses aufgeführt werden,
 - k) verordnete medizinische Behandlungen wie: Massagen, Elektrotherapie, Mechanotherapie, Physiotherapie, Diathermie, Strahlentherapie, Ultraschall, usw.,
 - l) In-vitro-Fertilisationsbehandlungen.

B. Die Kosten vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

Es handelt sich um die medizinischen Kosten während eines 6otägigen Zeitraums vor und eines 18otägigen Zeitraums nach dem Krankenhausaufenthalt, die in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen.

1. Sofern sie Anlass zu einer gesetzlichen Kostenbeteiligung an den Leistungen geben, die in der Nomenklatur des LIKIV vorgesehen sind, sind folgende Kosten während dieses Zeitraums gedeckt:
- a) die Kosten für die medizinischen Leistungen, die im Anschluss an einen Arztbesuch oder eine ärztliche Untersuchung erteilt wurden,

- b) Kosten für paramedizinische Leistungen, die vom Arzt verschrieben wurden,
 - c) Kosten für medizinische Heilmittel, die von einem Arzt verschrieben wurden,
 - d) Kosten für medizinische Prothesen, die in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen,
 - e) Kosten für Kunstglieder,
 - f) medizinische Kosten und Behandlungskosten in Rehabilitationszentren,
 - g) die Kosten für die medizinische Versorgung des Spenders in unmittelbarem Zusammenhang mit der Transplantation zugunsten eines stationär behandelten Versicherten,
 - h) die Arzneimittelkosten.
2. Sind ebenfalls gedeckt, ob es für sie nun eine gesetzliche Beteiligung gibt oder nicht:
- a) die Arzneimittel, die nicht rückvergütet werden und in der Nomenklatur des LIKIV unter der Kategorie « D » aufgeführt werden,
 - b) die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur,
 - c) die Kosten für Verbände und für medizinisches Material, mit Ausnahme jeder Art von Produkten, die auch im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind.

C. Bei « schweren Krankheiten »

Bei folgenden Krankheiten: Krebs, Leukämie, Tuberkulose, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Parkinsonkrankheit, Diphtherie, Kinderlähmung, zerebrospinale Meningitis, Pocken, Typhus (Typhus exanthemicus, Paratyphus, typhoides und paratyphoides Fieber), Enzephalitis, Milzbrand, Tetanus, Cholera, Hodgkinkrankheit, Aids, infektiöse oder virale Hepatitis, Röteln, Scharlach, Diabetes, Nierenerkrankungen, die eine Dialyse erforderlich machen, Crohnkrankheit, hämorrhagisch-ulzeröse Rektokolitis, Mukoviszidose, Lymphogranulomatose, Pankreatitis, Alzheimer-Krankheit, progressive Muskeldystrophie, Colitis ulcerosa, Malaria, Morbus Pompe, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Skrofulose, Brucellose, Sklerodermie, wird die Versicherung auf die Kosten der Pflege außerhalb des Krankenhauses ausgedehnt, wenn sie in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

1. Sofern diese Anlass zu einer gesetzlichen Beteiligung an den Leistungen geben, die in der Nomenklatur des LIKIV vorgesehen sind:
- a) die Kosten für medizinische Leistungen, die Honorare und Honorarzuschläge,
 - b) die Kosten für paramedizinische Leistungen,
 - c) die Kosten für spezielle Behandlungen, für Analysen und Untersuchungen, die durch die Krankheit erforderlich geworden sind,
 - d) die Kosten für die Ausleihe von jeder Art von Material,
 - e) die Arzneimittel.
2. Sind ebenfalls gedeckt, ob es für sie nun eine gesetzliche Kostenbeteiligung gibt oder nicht:
- a) die Arzneimittel, die nicht rückvergütet werden und in der Nomenklatur des LIKIV unter der Kategorie « D » aufgeführt werden,
 - b) die Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbände, medizinisches Material und andere medizinische Mittel, mit Ausnahme jeder Art von Produkten, die auch im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind,
 - c) die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur,
 - d) die Transportkosten,
 - e) alle anderen Kosten, denen Ethias vorher zugestimmt hat,
 - f) Kosten für Perücken, verschriebenen externen Brustprothesen.

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

Diese Versicherung findet ebenfalls Anwendung für medizinische Kosten in Zusammenhang mit einer Hausgeburt und einer Entbindung in einer Poliklinik. In diesem Fall findet der Versicherungsschutz des Kapitels « Kosten vor und nach dem Krankenhausaufenthalt », wie dieser im vorstehenden Punkt 1 B. aufgeführt ist, ebenfalls Anwendung, einschließlich der medizinischen Kosten für das Neugeborene.

Darüber hinaus gilt der Versicherungsschutz, innerhalb der im vorstehenden Punkt 3 E vorgesehenen Grenzen, für Kosten, die im Anschluss an eine Entbindung von einer anerkannten Einrichtung für postnatale Pflege in Rechnung gestellt werden. Es handelt sich dabei um die Heimpflege der Mutter, des Neugeborenen und der Familie durch eine qualifizierte Hilfe.

E. Außerklinische Augenheilkunde

Diese Versicherung gilt ebenfalls für medizinische Kosten in Bezug auf Katarakt-Operationen mit Monofokal- oder Bifokal-Implantaten, die in der Praxis eines Augenarztes durchgeführt werden. Diese Praxis muss den gesetzlichen Anforderungen, die für diese Art Intervention gelten, entsprechen.

Begriffsbestimmungen

- a) « Krankenhaus »: öffentlich-rechtliche oder private Anstalt, die gesetzlich als Krankenhaus anerkannt ist, mit Ausnahme von geschlossenen psychiatrischen Anstalten, von medizinisch-pädagogischen Diensten oder Anstalten, von Altenheimen, von geriatrischen Einrichtungen oder Diensten, die zur einfachen Unterbringung alter Menschen bestimmt sind, von Einrichtungen oder Diensten, die zur einfachen Unterbringung von Kindern, genesenden Personen bestimmt sind, sowie von solchen, die eine besondere Zulassung als Alten- oder Pflegeheim erhalten haben,
- b) « Krankenhausaufenthalt »: jeder vom medizinischen Standpunkt aus erforderliche Aufenthalt in einem Krankenhaus, für den Aufenthaltskosten in Rechnung gestellt werden. Dieser Begriff schließt sowohl den Aufenthalt von mindestens einer Nacht, als auch das Konzept einer « Tagesklinik (one day clinic) » mit ein, insofern folgende Bedingungen erfüllt werden:
- der Operationsaal oder das Gipszimmer wurden effektiv in Anspruch genommen oder ein Krankenhausbett wurde effektiv in Anspruch genommen, unter Ausschluss des Aufenthalts in den Wartezimmern, den Untersuchungsräumen und den Bereichen, die den nichtstationären Behandlungsdiensten des Krankenhauses vorbehalten sind,
 - es muss sich um Leistungen handeln, die im Rahmen von Maximalpauschalen, Tagesklinikpauschalen (Gruppen 1 bis 7 einschließlich), Pauschalen für chronische Schmerzen, die im nationalen Abkommen zwischen den Krankenhauseinrichtungen und den Krankenkassen enthalten sind, erbracht wurden sowie um folgende Situationen für einen Tagesaufenthalt handeln:
 - jeder Zustand, der eine dringende Behandlung erfordert und für die ein Krankenhausbett erforderlich ist,
 - jede Situation, in der auf Anordnung des behandelnden Arztes eine effiziente medizinische Überwachung für die Verabreichung eines Arzneimittels oder von Blut/Blutprodukten durch eine intravenöse Infusion ausgeübt wird. Die Verabreichung von Salz- oder Zuckerlösungen, wie sie zur therapeutischen Infusion auf Abruf und zur Spülung eines Katheteranschlusses praktiziert wird, fällt nicht unter diese Definition.

In Bezug auf die Kuren wird eine Kostenbeteiligung jedoch nur insofern gewährt, als die Behandlung einen therapeutischen Charakter hat, in einer Einrichtung praktiziert wird, die den vorstehend aufgeführten Bedingungen entspricht, und Ethias vor Beginn der Behandlung schriftlich ihr Einverständnis bekundet hat.

Im Falle einer Tuberkuloseerkrankung erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die Behandlungen im Sanatorium und in Pflegeeinrichtungen für Tuberkulosekranke.

2. ERWEITERTE DECKUNG

Zu den Garantien der Basisdeckung wird die Rückerstattung der Zuschläge hinzugefügt, die sowohl zu den Aufenthaltskosten als auch zu den Honoraren oder Zusatzhonoraren berechnet werden, weil aus persönlichen Gründen ein Einzelzimmer gewählt wurde.

3. HÖHE DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- A. Für jede unter den vorerwähnten Punkten 1 und 2 gewährte Leistung, wird die Deckung von Ethias bis zum dreifachen Betrag der gesetzlich vorgesehenen Beteiligung gewährt.
- B. Für die Kosten, für die es keine gesetzliche Beteiligung gibt (vorstehende Punkte 1.A.2, 1.B.2 und 1.C.2) ist eine Rückerstattung bis zu einem Betrag von 3.000,00 Euro pro Versicherten und pro Kalenderjahr anwendbar, wobei als vereinbart gilt, dass:
- die Erstattung der Aufenthaltskosten für ein Elternteil im Krankenhauszimmer eines Kindes zu Lasten auf 50,00 Euro pro Nacht begrenzt ist,
 - die Beteiligung an den Aufenthaltskosten eines Spenders auf 2.000,00 Euro begrenzt ist,
 - die Transportkosten im Fall schwerer Krankheiten (vorstehender Punkt 1.C.2.d) auf eine globale Höchstgrenze von 250,00 Euro pro Person und pro Kalenderjahr begrenzt sind.
- C. Im Fall eines Krankenhausaufenthalts infolge eines psychischen, psychiatrischen oder geistigen Leidens, wird die Kostenbeteiligung pro Versicherten für einen Zeitraum von 36 Monaten gewährt, mit oder ohne Unterbrechung, beginnend am ersten Tag der zu einer gesetzlichen Beteiligung berechtigt.

- D. Die Rückerstattung der unter dem letzten Absatz des Punktes 1.D. des Kapitels « Versicherungsumfang » vermerkten Pflege wird für einen Zeitraum von maximal zwölf Tagen und bis zu einem Höchstbetrag von 620,00 Euro gewährt.
- E. Bis zu einem Höchstbetrag von 1.250,00 Euro pro Person und pro Kalenderjahr 50 % Beteiligung an den Kosten für eine homöopathische Behandlung, Akupunktur, Osteopathie oder Chiropraktik durch einen ausgewiesenen Fachmann, wenn für diese Leistungen keine gesetzliche Kostenbeteiligung gewährt wird.
- F. Für die außerklinische Augenheilkunde (vorstehender Punkt 1.E.), unabhängig von der Art des Implantats, der Beteiligung der Krankenkasse und der Honorare zu Lasten des Patienten, übernimmt Ethias einen Höchstbetrag von 600,00 Euro pro Person und pro Intervention.
- G. Die Selbstbeteiligung wird pro Versicherten und pro Kalenderjahr auf 250,00 Euro festgelegt.
Diese Selbstbeteiligung wird nur angewandt, wenn der Versicherte aus persönlichen Gründen ein Einzelzimmer wählt.
Im Falle einer unter vorstehendem Punkt 1.C.aufgeführten schweren Krankheit wird keine Selbstbeteiligung angewandt.
Ist eine Selbstbeteiligung anwendbar für einen Krankenhausaufenthalt, der sich ohne Unterbrechung auf ein weiteres Kalenderjahr hinein erstreckt, wendet Ethias die Selbstbeteiligung nur ein einziges Mal an.
Sind mehrere Familienangehörige, die durch gegenwärtigen Vertrag gedeckt sind, gleichzeitig infolge eines Unfalls im Krankenhaus, wendet Ethias die Selbstbeteiligung nur ein einziges Mal für alle Familienmitglieder an und nicht für jedes Mitglied einzeln.

4. WARTEZEIT

Die Wartezeit ist der Zeitraum, der am Beitrittsdatum beginnt und in dessen Verlauf die Versicherung keine Leistung schuldet.

A. Hauptversicherte, deren Prämie ganz von der angeschlossenen lokalen Verwaltung übernommen wird

Sie treten mittels des dafür vorgesehenen Beitrittsformulars bei.

Es gibt weder eine Wartezeit, noch einen medizinischen Fragebogen oder eine ärztliche Untersuchung.

Diese Bestimmung gilt sowohl für die Hauptversicherten, die bei Inkrafttreten des Vertrags im Dienst sind, als auch für die Hauptversicherten, die im Nachhinein ihren Dienst antreten, sofern der Mitgliedschaftsantrag innerhalb von drei Monaten nach Dienstantritt bestätigt wird. Ist dies nicht der Fall, so gelten die Bestimmungen des folgenden Abschnitts B., Punkt 1, 2, 3 und 4.

B. Die Hauptversicherten, deren Prämie nicht oder nur teilweise von der angeschlossenen lokalen Verwaltung übernommen wird und alle Mitversicherten

Sie treten mittels des dafür vorgesehenen Beitrittsformulars bei. Der Versicherungsschutz läuft ab dem ersten Tag des Monats, der dem Monat folgt in dessen Verlauf das Formular zugestellt wurde.

Es gibt keinen medizinischen Fragebogen und keine ärztliche Untersuchung.

1. Die allgemeine Wartezeit beträgt DREI MONATE.
2. Diese Wartezeit ist nicht anwendbar:
 - a) für die Versicherten, die einer Verwaltung angehören, die der Versicherung gerade beigetreten ist, vorausgesetzt dass sie ihren Beitritt innerhalb von drei Monaten nachdem die neue Verwaltung dieser Gruppenversicherung beigetreten ist, bestätigen,
 - b) für die Hauptversicherten, die neu eingestellt werden und für deren Familie, sofern der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis erfolgt,
 - c) bei Unfall,
 - d) für folgende hochinfektiöse Krankheiten: Scharlach, Masern, Windpocken, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Kinderlähmung, zerebrospinale Meningitis, Ruhr, Typhus und Paratyphus, Typhus exanthematicus (Fleckfieber), Cholera, Pocken, Malaria, Rückfallfieber, Enzephalitis, Milzbrand und Tetanus,
 - e) im Fall der Heirat für den Ehepartner und im Fall der Geburt für das Neugeborene einer bereits versicherten Person, sofern der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis erfolgt.
3. Ohne Beeinträchtigung der Anwendung der im vorstehenden Punkt 1. vorgesehenen dreimonatigen Wartezeit, übernimmt Ethias die Kosten im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung nur unter der Voraussetzung, dass der Beginn der Schwangerschaft erfolgte nachdem die Garantie zugunsten der betroffenen Person wirksam geworden ist.

4. In Abweichung der vorstehenden Punkte 1. und 3., wird die Wartezeit nicht angewandt für Personen, die bereits vorher eine Versicherung mit ähnlichen Vorteilen besaßen, unter der Bedingung, dass der Beitritt dieser Personen zu dieser Versicherung mehr als drei Monate zurückliegt und zwischen den beiden Verträgen keine Deckungsunterbrechung auftritt. Darüber hinaus, wenn der Beteiligungsantrag Kosten in Verbindung mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung betrifft, werden die aus dem vorliegenden Vertrag hervorgehenden Leistungen nur gewährt sofern der Beginn der Schwangerschaft später erfolgte als die Mitgliedschaft der Begünstigten in der vorherigen Versicherung.

Was ist zu tun wenn man bereits eine ähnliche Versicherung hat?

Die Personen oder Haushalte, die bereits einen Versicherungsvertrag bei Ethias, bei einem anderen Versicherer oder bei ihrer Krankenkasse haben, der einen gleichartigen Versicherungsschutz bietet, können nach Ablauf dieser laufenden Police - die jährlich kündbar ist - ohne Wartezeit zur Kollektivversicherung überwechseln. Allerdings darf der Versicherungsschutz nicht unterbrochen werden.

Es genügt eine Kopie der bestehenden Police dem Beitrittsformular zu gegenwärtiger Versicherung beizufügen und die notwendigen Schritte für die Kündigung der laufenden Police in die Wege zu leiten.

5. VORERKRANKUNGEN

- a) Die in den Punkten 1 und 2 vorgesehenen Leistungen werden den Versicherten nicht gewährt, wenn der Versicherte oder dessen gesetzlicher Vertreter bereits am Tag des Beitritts zu dieser Police, die Existenz der Beschwerden, der Erkrankung, der Invalidität, der Schwangerschaft oder der Entbindung, für die die Kostenbeteiligung der Versicherung gefordert wird, nicht ignorieren konnte, selbst wenn die ersten Anzeichen der Erkrankung keine präzise Diagnose zuließen.
- b) In Abweichung des vorstehenden Punktes a), sind für die Personen für die der Beitritt zur gegenwärtigen Police fakultativ ist und die bis zu dem Tag an dem sie dieser Police beitreten bereits einen Versicherungsschutz mit denselben Vorteilen besaßen, Beschwerden, Erkrankungen, Unfälle, Invalidität, Schwangerschaften und Entbindungen, für die der Versicherte bereits im Rahmen seiner vorherigen Deckung versichert war, gedeckt unter der Bedingung, dass der Beitritt zur gegenwärtigen Police innerhalb von drei Monaten nach der ersten jährlichen Fälligkeit der vorherigen Deckung stattfindet. Wenn diese Personen der vorliegenden Police mehr als drei Monate nach der ersten jährlichen Fälligkeit ihrer vorherigen Deckung beitreten, gelten die unter vorstehendem Absatz a) erwähnten Bestimmungen.

6. AUSSCHLÜSSE

Ausgeschlossen von einer Kostenbeteiligung sind Leistungen infolge:

1. Eines Unfalls oder einer Krankheit, die nicht durch eine medizinische Untersuchung kontrolliert werden kann.
2. Einer ästhetischen Behandlung oder einer Behandlung zwecks Verjüngung. Kosten für eine wiederherstellende plastische Chirurgie, die durch eine berücksichtigte Krankheit oder einen berücksichtigten Unfall verursacht würden, werden jedoch übernommen.
3. Von Krankheiten oder Unfällen, die der Versicherte erlitten hat:
 - 3.1 Im Zustand der Trunkenheit, der Alkoholvergiftung oder unter Einfluss von Drogen, Narkotika oder Betäubungsmitteln, die ohne ärztliche Verordnung verwendet werden, es sei denn:
 - es wird nachgewiesen, dass es keinen Kausalzusammenhang zwischen der Krankheit oder dem Unfall und deren oder dessen Umständen gibt,
 - der Versicherte kann nachweisen, dass er unwissend Getränke oder Rauschgifte zu sich genommen hat oder dass er durch einen Dritten dazu gezwungen wurde.
 - 3.2 Durch Alkoholabhängigkeit, Drogensucht oder Medikamentenmissbrauch.
4. Einer Sterilisationen, einer Empfängnisverhütung, außer aus dringenden medizinischen Gründen.
5. Thermalkuren, außer aus dringenden medizinischen Gründen
6. Eines Kriegsgeschehens, ungeachtet der Tatsache, ob der Versicherte als Teil der Zivilbevölkerung oder als Soldat betroffen ist; von bürgerlichen Unruhen oder Krawallen, es sei denn, der Versicherte hat sich nicht aktiv daran beteiligt oder hat aus Notwehr gehandelt.
7. Der Ausübung einer Luftsportart oder eines Sports, bei dem ein Kraftfahrzeug benutzt wird, sowie der Ausübung eines Sports gleich welcher Art gegen Bezahlung.
8. Einer vorsätzlichen Handlung seitens des Versicherten, es sei denn, er erbringt den Beweis, dass es sich um die Rettung von Menschen oder Gütern handelte; von Verbrechen und Vergehen, die der Versicherte begangen hätte; von leichtsinnigen Handlungen, Wetten oder Herausforderungen.

9. Eines Schadenfalls, der auf der Benutzung von Nuklearenergie beruht, welche unter die Anwendung der Pariser Konvention (Gesetz vom 22. Juli 1985) oder jegliche andere gesetzliche Bestimmung fällt, die diese Gesetzgebung ersetzen, abändern oder vervollständigen würde.
10. Mutwilliger Verstümmelung oder eines Selbstmordversuchs.
11. Von Unfällen, wenn der Versicherte bei einem Lufttransport zur Mannschaft gehört oder während des Flugs eine berufliche Tätigkeit oder eine andere Tätigkeit in Zusammenhang mit der Maschine oder dem Flug ausübt.

7. TERRITORIALER GELTUNGSBEREICH

Diese Versicherung ist weltweit gültig.

Allerdings gibt es Länder mit denen die belgischen Krankenkassen kein Erstattungsabkommen abgeschlossen haben. In dem Fall wo ein Versicherter Opfer einer Krankheit oder eines Unfalls in einem dieser Länder würde, erstattet Ethias so als hätte die Krankheit oder der Unfall sich in Belgien ereignet. Das heißt, dass eine fiktive Rückerstattung berücksichtigt wird, die der der Krankenkasse entspricht (Kranken- und Invalidenversicherung - Abteilung Gesundheitspflege – Arbeitnehmerregelung).

8. DIE VERWALTUNG IHRER KRANKENHAUSVERSICHERUNG

Ethias arbeitet bei der Verwaltung Ihrer Krankenhausversicherung mit MedExel zusammen.

Medizinische Kosten für Leistungen ab dem 1. Januar 2022 müssen MedExel übermittelt werden.

Fragen im Zusammenhang mit Ihrem Beitritt oder einer Erstattung können Sie telefonisch unter der Nummer 02 44 44 906 (an Werktagen von 9 bis 16 Uhr) oder per E-Mail an ethias@medexel.be stellen.

Geben Sie Ihre Mitgliedsnummer an: Diese Nummer beginnt mit 009 und Sie finden sie auf den selbstklebenden Etiketten in Ihrem MedExel-Willkommenspaket, auf Ihrer AssurCard-Karte und in Ihrem My-MedExel-Konto.

Sofern Sie MedExel gegenüber nicht auf die Nutzung von My MedExel verzichtet haben, können Sie über die digitale Plattform My MedExel

- eine ausführliche Übersicht der Erstattungen abrufen,
- eine neue AssurCard beantragen,
- eine neue Assurpharma-Karte beantragen,
- sich eine Übersicht der verfügbaren Dokumente anzeigen lassen (Formulare « Meldung bei Krankenhausaufenthalt oder Unfall », « Nachweis über eine Konsultation – Kostenaufstellung », « Meldung einer Änderung » und « Kostenformular »),
- in der Ebox den für Sie bestimmten elektronischen Schriftwechsel von MedExel aufrufen,
- Informationen an MedExel übermitteln, zum Beispiel die Kosten für medizinische Behandlungen,
- Selbstklebende Etiketten beantragen.

Wie erstelle ich ein Konto auf der digitalen Plattform My MedExel?

- Besuchen Sie die MedExel-Website.
- Klicken Sie auf « Noch kein Konto? »
- Tragen Sie folgende Daten in das Identifikationsfenster ein:
 - Ihre MedExel-Kundennummer = Ihre Mitgliedsnummer. Diese Nummer beginnt mit 009 und steht auf den selbstklebenden Etiketten in Ihrem MedExel-Willkommenspaket und auf Ihrer AssurCard.
 - Ihren Token stellt Ihnen MedExel per Brief zu.
- Auf dem folgenden Anmeldebildschirm geben Sie Ihre E-Mail-Adresse ein und wählen ein Passwort.
- Danach können Sie sich mit dieser E-Mail-Adresse und dem von Ihnen gewählten Passwort einloggen.

Wie melde ich Kosten?

Was ist im Falle einer Krankenhausaufnahme?

Drittzahlersystem (AssurCard)

Was bedeutet « Drittzahlersystem »?

- Das Krankenhaus schickt die Rechnung für die Krankenhausaufnahme direkt an MedExel.
- MedExel zahlt die Krankenhausrechnung an das Krankenhaus.
- MedExel fordert die auf der Krankenhausrechnung angegebenen nicht versicherten Kosten vom Versicherten zurück.

Wann ist das Drittzahlersystem vorgesehen?

- Bei einem Krankenhausaufenthalt in einem belgischen Krankenhaus, das AssurCard-Mitglied ist
 - SCHRITT 1: Frühestens eine Woche vor dem Aufnahmedatum und spätestens am Aufnahmedatum müssen Sie den Aufenthalt auf eine der folgenden Weisen melden:
 - Über den AssurCard-Kiosk im Krankenhaus: Wählen Sie MedExel
 - Über die Website oder App von AssurCard
 - ~ Wählen Sie MedExel
 - ~ Sie werden nach Ihrer Kartenummer gefragt. Diese Nummer beginnt mit 009 (diese ersten drei Ziffern sind bereits online ausgefüllt) und Sie finden sie auf den selbstklebenden Etiketten in Ihrem MedExel-Willkommenspaket, auf Ihrer AssurCard-Karte und in Ihrem My-MedExel-Konto.
 - Telefonisch unter der Telefonnummer 02 44 44 906 – die Nummer steht auf Ihrer AssurCard-Karte (an Werktagen von 9 bis 16 Uhr).
 - Die Eröffnung und Annahme Ihres Dossiers wird Ihnen sofort bestätigt.
 - SCHRITT 2: Legen Sie am Aufnahmedatum Ihre AssurCard-Karte bei der Anmeldung am Aufnahmeschalter des Krankenhauses vor.

Für Schadensfälle ohne Drittzahlersystem

- Eine vorherige Meldung ist nicht erforderlich.

Welche Informationen sind nach Ende des Krankenhausaufenthalts zu übermitteln?

- Ihre Kontonummer, auf die die Erstattung der versicherten Kosten überwiesen werden soll, wenn sich diese seit der letzten Erstattung geändert hat, die Sie im Rahmen des laufenden Krankenhausaufenthaltsvertrags erhalten haben. Nutzen Sie in diesem Fall das Formular « Meldung einer Änderung ».
- Das ausgefüllte Kostenformular (bei jedem Versand von Kosten).
- Das Original der Krankenhausrechnung und das ausgefüllte Formular « Meldung bei Krankenhausaufenthalt oder Unfall ».
- Für ambulante medizinische Leistungen (Konsultationen, Beratungen, Kinesiotherapie ...)
 - Medizinische Leistungen außerhalb der Dauer des versicherten Krankenhausaufenthalts mit direktem Zusammenhang mit der Ursache, die medizinisch notwendig sind (Kosten vor und nach dem Krankenhausaufenthalt).
 - Für MedExel bestimmte Bescheinigung über die Erstattung der medizinischen Leistungen durch die Krankenkasse.
 - Wenn der tatsächlich bezahlte Betrag nicht auf der Bescheinigung über die erteilte Hilfe steht, lassen Sie das Formular « Nachweis über eine Konsultation – Kostenaufstellung » ausfüllen.
- Für Arzneimittel
 - Ihr Apotheker scannt Ihre AssurPharma-Karte beim Kauf von Arzneimitteln. Bitte verwenden Sie die Karte nur für den Kauf von Arzneimitteln, für die eine Erstattung in der Police vorgesehen ist (Versorgung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt sowie schwere Krankheiten).
 - Dann müssen Sie nichts tun. Die BVAC-Bescheinigungen werden MedExel digital übermittelt.
 - Der Apotheker händigt Ihnen eine Versandbescheinigung mit einem eindeutigen Code aus, den Sie bei Fragen zur Erstattung dieser Apothekerkosten verwenden können.
 - Wenn Ihr Apotheker die AssurPharma-Karte nicht verwendet hat: Sie übermitteln MedExel die Quittungen des Apothekers (BVAC-Bescheinigung).

Was geschieht im Falle der Garantie für eine ambulante Pflege im Rahmen einer schweren Krankheit?

- Bei der Diagnose einer schweren Erkrankung kann eine Meldung auf eine der folgenden Arten erfolgen:
 - Über die digitale Plattform My MedExel
 - Per E-Mail an ethias@medexel.be
 - Geben Sie Ihre Mitgliedsnummer an: Diese Nummer beginnt mit 009 und Sie finden sie auf den selbstklebenden Etiketten in Ihrem MedExel-Willkommenspaket, auf Ihrer AssurCard-Karte und in Ihrem My-MedExel-Konto.
- MedExel wird ein ärztliches Attest beantragen.

Wie und wann sind diese Informationen und Kosten zu übermitteln?

- Sie haben sich über die digitale Plattform My MedExel registriert: Laden Sie die oben genannten und ausgefüllten Formulare und die weiteren Belege über die Rubrik Kontakt/Akte einreichen.
- Wenn Sie sich gegen die Verwendung von My MedExel entschieden haben:
 - Per E-Mail an ethias@medexel.be
 - Geben Sie Ihre Mitgliedsnummer an: Diese Nummer beginnt mit 009 und finden Sie sie auf den selbstklebenden Etiketten in Ihrem MedExel-Willkommenspaket und auf Ihrer AssurCard.
 - Bitte fügen Sie die oben genannten ausgefüllten Formulare sowie die weiteren Belege Ihrer Mail als Anlage bei.
 - Per Brief an MedExel, Louis Mettwielaan 74-76, 1080 Brüssel
 - Geben Sie Ihre Mitgliedsnummer an: Diese Nummer beginnt mit 009 und finden Sie sie auf den selbstklebenden Etiketten in Ihrem MedExel-Willkommenspaket und auf Ihrer AssurCard.
 - Schicken Sie die oben genannten ausgefüllten Formulare sowie die weiteren Belege. Machen Sie eine Kopie oder einen Scan für sich selbst.

Wie werden Sie über eine Erstattung informiert?

- Sie haben sich über die digitale Plattform My MedExel registriert:
 - Nach jeder Erstattung erhalten Sie über My MedExel eine detaillierte Übersicht.
 - Sie erhalten dazu eine E-Mail mit Link zu My MedExel.
- Sie haben sich für den Schriftwechsel mit MedExel auf Papier entschieden:
 - Nach jeder Erstattung erhalten Sie einen Brief von MedExel.

Innerhalb welcher Frist wird erstattet?

MedExel garantiert eine Bearbeitungsdauer von höchstens 15 Werktagen.

- Bearbeitungsdauer = die Zeit ab dem Eingang der vollständigen Schadensakte bei MedExel.

9. PRÄMIE

Der Versicherungsschutz des vorliegenden Vertrags wird gegen Zahlung einer Jahresprämie gewährt, die auf der Grundlage der folgenden Einzelprämien (Steuern einbegriffen) festgelegt wird:

A. Die Verwaltungen Flanderns, die dem Rundschreiben BA 2000/14 bezüglich des Sektorabkommens für das Personal der lokalen Verwaltungen unterliegen und alle lokalen Verwaltungen, die die Prämie der Hauptversicherten übernehmen.

Prämie zu Lasten der Verwaltung	Die Verwaltung wählt die Basisdeckung	Die Verwaltung wählt die erweiterte Deckung		
Pro Hauptversicherten bis 20 Jahre einschließlich	36,99 Euro	67,43 Euro		
Pro Hauptversicherten von 21 bis 49 Jahre einschließlich	85,00 Euro	160,69 Euro		
Pro Hauptversicherten von 50 bis 66 Jahre einschließlich	152,85 Euro	303,36 Euro		
Prämie zu Lasten der Versicherten	Der Hauptversicherte möchte die Basisdeckung für alle Mitglieder der versicherten Familie	Der Hauptversicherte möchte die erweiterte Deckung für alle Mitglieder der versicherten Familie	Der Hauptversicherte möchte die Basisdeckung für alle Mitglieder der versicherten Familie	Der Hauptversicherte möchte die erweiterte Deckung für alle Mitglieder der versicherten Familie
Pro Hauptversicherten bis 20 Jahre einschließlich	0,00 Euro	30,44 Euro	0,00 Euro	0,00 Euro
Pro Hauptversicherten von 21 bis 49 Jahre einschließlich	0,00 Euro	75,69 Euro	0,00 Euro	0,00 Euro
Pro Hauptversicherten von 50 bis 66 Jahre einschließlich	0,00 Euro	150,51 Euro	0,00 Euro	0,00 Euro
Pro Mitversicherten bis 20 Jahre einschließlich	36,99 Euro	67,43 Euro	36,99 Euro	67,43 Euro
Pro Mitversicherten von 21 bis 49 Jahre einschließlich	85,00 Euro	160,69 Euro	85,00 Euro	160,69 Euro
Pro Mitversicherten von 50 bis 66 Jahre einschließlich	152,85 Euro	303,36 Euro	152,85 Euro	303,36 Euro
Pro Mitversicherten ab 67 Jahre	356,09 Euro	695,36 Euro	356,09 Euro	695,36 Euro

B. Andere lokale Verwaltungen, die die Prämie der Hauptversicherten nicht oder teilweise übernehmen

	Basisdeckung	Erweiterte Deckung
Pro Haupt- oder Mitversicherten bis 20 Jahre einschließlich	36,99 Euro	67,43 Euro
Pro Haupt- oder Mitversicherten von 21 bis 49 Jahre einschließlich	85,00 Euro	160,69 Euro
Pro Haupt- oder Mitversicherten von 50 bis 66 Jahre einschließlich	152,85 Euro	303,36 Euro
Pro Mitversicherten ab 67 Jahre	356,09 Euro	695,36 Euro

FAKTURIERUNG DER PRÄMIEN

Die Hauptversicherten

Die Gesamtprämie wird durch die angeschlossene lokale Verwaltung bezahlt, wenn diese sie übernimmt. Wenn die angeschlossene lokale Verwaltung die Prämie nicht oder nicht ganz übernimmt, wird die Prämie ganz oder teilweise den betroffenen Versicherten persönlich in Rechnung gestellt.

Die Mitversicherten

Der Versicherer stellt den Mitversicherten die Prämie auf direktem Wege in Rechnung, sofern diese für die gesamte Prämie aufkommen müssen.

Der Teil der Prämie, den die angeschlossene lokale Verwaltung gegebenenfalls übernimmt, wird dieser global in Rechnung gestellt.

Wenn eine angeschlossene lokale Verwaltung dies beantragt, kann mit Ethias vereinbart werden, dass die Prämien für die Mitversicherten ebenfalls über die angeschlossene lokale Verwaltung in Rechnung gestellt werden können.

ZUSÄTZLICHE INFORMATION

Dieser Text hat einen rein informativen Charakter und dient dazu einen Einblick in den kollektiven Versicherungsvertrag, den dem SFPD und Ethias abgeschlossen haben, zu gewähren. Im Streitfall beruft Ethias sich ausschließlich auf die Sonder-, Spezial- und allgemeinen Bedingungen.

Erläuterungsschreiben

INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER BETRIEBLICHEN GRUPPENVERSICHERUNG

DAS RECHT AUF EINE INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER GRUPPENVERSICHERUNG

Definition

Außer wenn die, einer Gruppenversicherung angeschlossene Person wegen Nichtzahlung der Prämie und im Allgemeinen bei Betrug, den Anspruch auf den kollektiven Versicherungsvertrag verliert (zum Beispiel im Fall eines Arbeitgeberwechsels, einer Entlassung, der Versetzung in den Ruhestand), hat sie das Recht diese Versicherung individuell weiterzuführen, dies ohne sich einer weiteren ärztlichen Untersuchung unterziehen oder einen neuen medizinischen Fragebogen ausfüllen zu müssen. Eine neue Wartezeit darf nicht auferlegt werden. Dieses Recht besteht sowohl für den Hauptversicherten als auch für seine Familienmitglieder.

Bedingung

Das Recht auf eine individuelle Weiterführung ist an die Bedingung geknüpft, dass der Versicherte während der letzten zwei Jahre vor Verlust des Anspruchs auf kollektive Versicherung ununterbrochen einem Krankenhausversicherungsvertrag angeschlossen war.

Verfahren und Fristen

Spätestens 30 Tage nach Verlust des Anspruchs auf kollektive Versicherung informiert der Versicherungsnehmer der kollektiven Versicherung oder, bei Konkurs oder Liquidation, der Konkursverwalter oder Liquidator des Versicherungsnehmers den Hauptversicherten, schriftlich oder elektronisch, über den genauen Zeitpunkt dieses Verlusts und die Möglichkeit, den Vertrag individuell weiterzuführen.

Ab dem Tag des Empfangs dieses Schreibens verfügt der Versicherte über eine Frist von 30 Tagen, um dem Versicherer seine Absicht mitzuteilen, den Vertrag individuell weiterzuführen. Diese Frist kann um 30 Tage verlängert werden und somit auf 60 Tage erhöht werden, unter der Voraussetzung dass der Versicherte den Versicherer auf schriftlichem oder elektronischem Weg darüber informiert.

Ab dem Zeitpunkt wo der Versicherer informiert wurde, dass der Versicherte die Absicht hat, die Versicherung individuell weiterzuführen, verfügt dieser über eine Frist von 15 Tagen um ihm ein Vertragsangebot mit gleichwertigen Deckungen zu unterbreiten. Der Versicherte verfügt über eine Frist von 30 Tagen um dieses Angebot anzunehmen.

Sonderfall der Weiterführung der Versicherung durch die Familienmitglieder

Die Familienmitglieder können ebenfalls die individuelle Fortführung der Versicherung beantragen, wenn sie den Anspruch auf die kollektive Versicherung aus einem anderen Grund als dem Verlust des Anspruchs seitens des Hauptversicherten verlieren (zum Beispiel im Fall einer Scheidung oder Trennung oder wenn ein Kind den Haushalt verlässt). In diesem Fall muss das Familienmitglied innerhalb einer Frist von 105 Tagen ab Verlust des vorerwähnten Anspruchs den Versicherer, schriftlich oder elektronisch, seine Absicht mitteilen, den Vertrag individuell weiterzuführen. Der Versicherer muss ihm innerhalb der folgenden 15 Tage ein Versicherungsangebot unterbreiten.

Das Familienmitglied verfügt über eine Frist von 30 Tagen um dieses Angebot anzunehmen.

VORFINANZIERUNG DER INDIVIDUELLEN WEITERFÜHRUNG

Bei der Prämie der individuellen Versicherung, die im Rahmen der Weiterführung der kollektiven Versicherung abgeschlossen wird, wird das Alter berücksichtigt, das der Versicherte zum Zeitpunkt, an dem er den Vertrag individuell fortgesetzt wird, erreicht hat.

Der Versicherte kann jedoch während des Zeitraums, in dem er von der Gruppenversicherung profitiert, einen Vorfinanzierungsplan abschließen. In diesem Fall wird das Alter, in dem der Versicherte mit der Zahlung der Prämie für den Vorfinanzierungsplan begonnen hat, für die Festlegung der Prämie der individuellen Police berücksichtigt.

Ethias vermarktet diese Art von Produkt nicht.

DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

SCHUTZ PERSONENBEZOGENER DATEN

Ethias ist sehr darauf bedacht die neue Datenschutz-Grundverordnung GDPR, die Ihre personenbezogenen Daten schützt, anzuwenden und verpflichtet sich voll und ganz, Ihre diesbezüglichen Rechte zu respektieren.

In ihrer Eigenschaft als Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten, sammelt sie diese folglich zu folgenden Zwecken: Kundendatenverwaltung, Risikoabschätzung, Verwaltung der Verträge und der Schadensfälle, Marketingaktionen und Erschließung einer Stammkundschaft, Zufriedenheitsumfragen, Kundenwerbung und Profiling, Erstellung von Statistiken und versicherungsmathematischen Studien, Ausübung der Regresse, Verwaltung der Beschwerden und Streitsachen, Ausführung der geltenden Gesetzes-, Verordnungs- und Verwaltungsbestimmungen und Betrugsbekämpfung. Ethias verarbeitet Ihre Daten aus folgenden Rechtsgründen:

- um alle ihr auferlegten Gesetzes-, Verordnungs- und Verwaltungsvorschriften zu erfüllen;
 - im Rahmen der Erfüllung Ihrer Verträge oder um auf Ihren Wunsch hin vorvertragliche Maßnahmen in die Wege zu leiten;
 - für die Wahrung ihrer berechtigten Interessen, in erster Linie:
 - die Betrugsbekämpfung;
 - die Kenntnis ihrer Kunden und ihrer potenziellen Kunden, um diese über ihre Aktivitäten, Produkte und Dienstleistungen zu informieren;
 - die ordnungsgemäße Erfüllung der durch ihre Versicherten abgeschlossenen Verträge;
 - die Sicherung ihrer eigenen Interessen und der Interessen ihrer Versicherten.
- In all diesen Fällen trägt Ethias dafür Sorge, dass ein angemessenes Gleichgewicht zwischen ihren berechtigten Interessen und der Achtung Ihrer Privatsphäre erhalten bleibt;
- im Bedarfsfall, wenn sie Ihre Zustimmung eingeholt hat.

Diese Daten können, falls notwendig, an folgende Empfängergruppen weitergegeben werden:

- Ihre Berater (Rechtsanwälte, Sachverständige, Vertrauensärzte, ...);
- die Mitarbeiter und Berater der Ethias;
- die anderen Einheiten der Gruppe, deren Mitarbeiter und Berater;
- die Subunternehmer jeglicher Art (Datenverarbeitung und andere) und Handelspartner der Ethias;
- alle Leistungserbringer, die im Rahmen der Vertragserfüllung und der Schadensregulierung beteiligt sind;
- Banken, Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Makler und Regulierungsbüros;
- Behörden und öffentliche Einrichtungen (Polizei, Justiz, soziale Sicherheit, ...);
- die Aufsichtsbehörden und der Ombudsmann für Versicherungen.

In unserer Privacy-Charta finden Sie ausführliche Informationen zu den besagten Empfängern.

Ethias speichert Ihre personenbezogenen Daten nur so lange wie die Verarbeitung, für die sie gesammelt wurden, dauert. Dies hat zur Folge, dass die verarbeiteten Daten während der gesamten Laufzeit Ihrer Versicherungsverträge, Ihrer Schadensfälle, der gesetzlichen Verjährungsfrist sowie während jeder anderen durch die geltende Gesetzgebung und Regelung vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist gespeichert bleiben. Die Dauer der Datenspeicherung hängt von der Art der Daten und von den Vorschriften ab.

Sie können Zugang zu den Ihre Person betreffenden Angaben erhalten und deren Berichtigung erwirken. Dies erfolgt indem Sie eine datierte und unterschriebene Anfrage mit einer Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres Personalausweises an folgende Adresse richten:

Ethias
Data Protection Officer
Rue des Croisiers 24
4000 Lüttich
DPO@ethias.be

Sie können jederzeit unentgeltlich Widerspruch gegen die Verwendung Ihrer Daten zum Zwecke von Marktforschung und/oder Direktmarketing einlegen.

Außerdem erlaubt die Datenschutz-Grundverordnung GDPR Ihnen, in ganz bestimmten Fällen, die Einschränkung der Verarbeitung zu beantragen, eine Kopie Ihrer Daten zu erhalten (Übertragbarkeitsrecht) und deren Löschung zu verlangen. Dieses Recht auf Löschung ist jedoch nicht absolut. Einzelheiten zur Ausübung Ihrer Rechte entnehmen Sie bitte der Privacy-Charta, die Sie auf unserer Webseite www.ethias.be finden.

Jegliche Beschwerde kann an die Datenschutzbehörde gerichtet werden:

Data Protection Authority
Rue de la Presse 35
1000 Brüssel
Tel.: +32 2 274 48 00
www.datenschutzbehorde.be

VERARBEITUNG VON DATEN, DIE DIE GESUNDHEIT BETREFFEN, UND/ODER ANDERER SENSIBLER DATEN

Indem Sie in dieser Police Mitglied werden, geben Sie Ethias Ihre Einwilligung für die Verarbeitung der Daten, die Ihre Gesundheit betreffen und die Gesundheit der minderjährigen Kinder, deren Träger der elterlichen Verantwortung Sie sind, sowie für die Verarbeitung der anderen, im Artikel 9 der Datenschutz-Grundverordnung GDPR genannten, sensiblen Daten und dies, falls sie für den Abschluss des Versicherungsvertrags, dessen Verwaltung, für die Verwaltung der Schadensfälle, in denen Sie oder Ihre Kinder involviert sind, sowie für die Bekämpfung von Versicherungsbetrug benötigt werden. Sie sind ebenfalls damit einverstanden, dass beim Eintreten eines Schadensfalls eventuell eine einseitige ärztliche Untersuchung durchgeführt wird.

Diese Daten werden mit größter Diskretion und nur von den dazu befugten Personen verarbeitet. Die diesbezüglichen Verpflichtungen der Ethias sind in der vorstehenden Klausel « Schutz personenbezogener Daten » ausführlich umschrieben.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, jedoch ohne dass dadurch eine bereits durchgeführte Datenverarbeitung ihre Gültigkeit verliert. Andererseits könnte es sein, dass Ethias in diesem Fall nicht in der Lage wäre, Ihre Anfragen für einen Versicherungsvertragsabschluss oder für Schadenersatz zu bearbeiten.

FÜR WEITERE INFORMATIONEN

MedExel

Louis Mettwielaan, 74-76

1080 Bruxelles

Tel 02 44 44 906

ethias@medexel.be