

**ZUSTÄNDIGKEIT DES ÖFFENTLICHEN AUFTRAGGEBERS**

FÖDERALER PENSIONSDIENST  
ESPLANADE DE L'EUROPE, 1  
1060 BRÜSSEL



Offenes Verfahren

Kollektive Krankenversicherung

VERTRAULICH

Februar 2021



1	Begriffsbestimmungen .....	3
2	Garantien .....	6
3	Umfang der vom Versicherer durchgeführten Erstattungen .....	9
4	Wahl der Versicherung .....	10
5	Selbstbeteiligung.....	11
6	Gültigkeitsgebiet .....	11
7	Terrorismus.....	12
8	Ausnahmen.....	12
9	Anschluss und Wartezeit .....	13
10	Zahlung der Prämie .....	15
11	Ende der individuellen Deckung .....	15
12	Änderung des Preises.....	16
13	Inkrafttreten und Dauer des Versicherungsvertrags.....	17
14	Pflichten der Versicherungsnehmer.....	17
15	Pflichten des Versicherten .....	17
16	Pflichten des Versicherers .....	18
17	Schadensverwaltung und administrative Unterstützung.....	19
18	Individuelle Fortsetzung der kollektiven Versicherung in Verbindung mit der Berufstätigkeit .....	20
19	Fortsetzung der offenen Vorgänge (Wiederaufnahme am 01.01.2022).....	21



## BASISPOLICE

Um den Vergleich der verschiedenen Angebote zu vereinfachen und möglich zu machen, hat FPD-KSD eine Basispolice erstellt (nachstehend die allgemeinen Deckungsbedingungen).

Der Versicherer garantiert die Unterstützung einer Informationskampagne für die Versicherten.

Eine Broschüre in Papier und in elektronischer Form in NL, FR und DE ist vorgesehen.

### 1 Begriffsbestimmungen

#### 1.1 Versicherungsnehmer

Der „Versicherungsnehmer“: Der Föderale Pensionsdienst - Kollektiver Sozialdienst, der als zentrale Beschaffungsstelle für die provinziellen und lokalen Verwaltungen gemäß Artikel 47 des Gesetzes vom 17. Juni 2016 handelt.

#### 1.2 Hauptversicherte

Die „Hauptversicherten“: die statutarischen oder vertraglichen Personalmitglieder der provinziellen oder lokalen Verwaltungen und gegebenenfalls ihre Bevollmächtigten, die sich vor dem Alter von 66 Jahren anschließen (bis zum Ende des Kalenderjahres, in dessen Verlauf sie diese Altersgrenze erreichen).

Diese Personalmitglieder können auf freiwilliger Basis unentgeltlich in den Genuss dieser Versicherung kommen, sofern die Verwaltung ihre Prämie zu Lasten ihres Haushalts trägt.

#### 1.3 Die „Mitversicherten“:

1.3.1 Die hauptversicherten Personalmitglieder, die ab 1. Januar 2022 in Pension gehen, sofern sie zum Zeitpunkt ihrer Pensionierung der ununterbrochenen Fortsetzung ihrer Versicherung zustimmen.

1.3.2 Der/die Ehepartner/in oder Lebenspartner der Hauptversicherten, die beim Hauptversicherten wohnen, der/die sich vor dem Alter von 66 Jahren der Versicherung anschließt.

1.3.3 Die Kinder der vorgenannten Personen, für die die Rechtsvorschriften bezüglich des Kindergelds gelten oder die, wenn sie das Kindergeld nicht mehr beziehen, steuerlich zu Lasten dieser Personen gehen oder beim Hauptversicherten ihren Wohnsitz haben; die Enkel der vorgenannten Personen, die zu ihren Lasten gehen oder die, wenn sie es nicht mehr tun, weiterhin beim Anspruchsberechtigten wohnen (Person, die Anspruch auf Versicherung hat); die Kinder, die unter die gesetzliche Vormundschaft der vorgenannten Personen fallen.

1.3.4 Die Kinder geschiedener oder gesetzlich getrenntlebender Eltern und die zu Lasten gehen, sofern der Hauptversicherte verpflichtet ist, einen Unterhalt zu zahlen, oder im Falle der gemeinsamen Elternschaft.



1.3.5 Die am 1. Januar 2022 bereits pensionierten Versicherten, die zu diesem Zeitpunkt der aktuellen kollektiven Versicherung des FPD, des LSS oder der provinziellen oder kollektiven Verwaltung angeschlossen waren, sowie deren Ehegatte oder Partner und deren Kinder, die unter ihrer Anschrift gemeldet sind.

Es wird deutlich gemacht, dass bei Tod einer anschlussberechtigten Person dieser Police der Ehegatte oder eingetragene Partner und die Kinder, die unter dem gleichen Dach wohnen, weiterhin die Garantien des Vertrags genießen, solange der hinterbliebene Mitversicherte, Ehemann/Ehefrau oder Lebenspartner nicht wieder heiratet oder keine eingetragene Partnerschaft eingeht.

Es wird auch klargestellt, dass der Anschluss an diese Police fakultativ ist und dass der Haushalt, der von einer im obigen Punkt 1.2 genannten Person und den Mitgliedern ihrer Familie gebildet wird, verpflichtet ist, eine einzige und gleiche Formel bezüglich der Anwendung der Selbstbeteiligung und bezüglich des Zimmertyps zu wählen.

## **1.4 Krankenhaus und Palliativpflege**

1.4.1 Das „Krankenhaus“: eine öffentliche oder private Einrichtung, die kraft Gesetzes als Krankenhaus anerkannt ist. Es handelt sich hier somit nicht um geschlossene psychiatrische Einrichtungen, medizinisch-pädagogische Dienste oder Einrichtungen, Seniorenheime, geriatrische Institutionen oder Dienste, die dem einfachen Aufenthalt von Senioren dienen, Institutionen oder Dienste, die der einfachen Unterbringung von Rekonvaleszenten oder Kindern dienen, sowie Einrichtungen, die eine besondere Anerkennung als Senioren- oder Pflegeheim erhalten haben.

1.4.2 „Palliativeinrichtung“: jede anerkannte Einrichtung für die Unterbringung von Personen, deren Gesundheitszustand einen Aufenthalt in der Einrichtung sowie eine palliative Behandlung erforderlich macht, die eine Beobachtung, Beaufsichtigung und Nachverfolgung verlangt, die nur in dieser Einrichtung durchgeführt werden kann.

## **1.5 Krankenhausaufenthalt**

Der „Krankenhausaufenthalt“: jeder medizinisch notwendige Aufenthalt in einem Krankenhaus, für den eine Aufenthaltsvergütung in Rechnung gestellt wird. Dies beinhaltet sowohl den Aufenthalt von wenigstens einer Nacht und das Konzept Tagesklinik "one-day-clinic", d.h. es wird vom Kriterium des Krankenhausaufenthalts von wenigstens einer Nacht abgewichen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Operationssaal oder der Gipssaal wurde tatsächlich genutzt oder ein Krankenhausbett wurde tatsächlich genutzt, mit Ausnahme des Aufenthalts in den Wartezimmern, den Behandlungsräumen und den Bereichen für externe Beratungsdienstleistungen des Krankenhauses;
- Es muss sich um Leistungen im Rahmen der Maximalpauschale, der Tageskrankenhauspauschale (Gruppen 1 bis einschließlich 7), der Pauschalen bei chronischen Schmerzen handeln, die in der nationalen Vereinbarung der Krankenhauseinrichtungen und der Versicherungsträger aufgenommen wurden, sowie für folgende Situation bei Aufenthalt im Tageskrankenhaus:



- jeder Zustand, der Notfallbehandlungen erfordert, die eine Behandlung in einem Krankenhausbett rechtfertigen;
- jede Situation, in der auf Verordnung des Arztes, der den Patienten behandelt hat, eine effektive medizinische Überwachung für die Verabreichung eines Medikaments oder von Blut/labilen Blutprodukten durch eine intravenöse Perfusion durchgeführt wird. Die Verabreichung von Salz- oder Zuckerlösungen, wie dies für die Perfusion therapeutisch und die Spülung eines Katheters praktiziert wird, fällt nicht unter diese Definition.

Bezüglich Kuren ist eine Kostenbeteiligung nur vorgesehen, wenn die Behandlung heilender Natur ist, von einer Einrichtung durchgeführt wird, die die vorstehenden Voraussetzungen erfüllt und wenn der Dienstleister vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.

Die Garantie wird auch für die Behandlung der Tuberkulose im Sanatorium und in Pflegeeinrichtungen für Tuberkulosepatienten erworben.

## **1.6 Unfall**

Der „Unfall“: ein plötzliches Ereignis, das einen Personenschaden verursacht und dessen Ursache oder eine der Ursachen außerhalb des Organismus des Versicherten liegen. Der Unfall muss von einem Arzt festgestellt werden, der entweder in Belgien oder in einem Land, in dem sich der Versicherte zum Unfallzeitpunkt befindet, kraft Gesetzes ermächtigt ist, seinen Beruf auszuüben.

## **1.7 Krankheit**

Die „Krankheit“: eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, der kein Unfall zugrunde liegt und die von einem Arzt diagnostiziert wurde, der kraft Gesetzes ermächtigt ist, seinen Beruf entweder in Belgien oder in einem Land, in dem sich der Versicherte aufhält, an dem die Beeinträchtigung festgestellt wird, auszuüben.

## **1.8 Selbstbeteiligung**

Die „Selbstbeteiligung“: der Teil der gedeckten Kosten, der auf jeden Fall zu Lasten des Versicherten geht.

## **1.9 Die „gesetzliche Leistung“**

### **1.9.1 Für die in Belgien aufgewendete Kosten:**

Jede Erstattung, die kraft der belgischen Rechtsvorschriften über die Pflicht-Kranken- und Invalidenversicherung (Arbeitnehmersystem), Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle erfolgt.

### **1.9.2 Für die im Ausland aufgewendeten Kosten:**

Jede Erstattung, die sich aus einem Abkommen der Arbeitnehmersozialversicherung mit dem fraglichen Land ergibt oder, falls es kein derartiges Abkommen gibt, ein fiktiver Betrag, der von den für Arbeitnehmer geltenden belgischen Rechtsvorschriften vorgesehen ist.



## 1.10 Kategorie D

Die Medikamente, die in keiner der 7 Erstattungskategorien<sup>1</sup> aufgeführt sind, werden manchmal Medikamente der Kategorie D genannt. Es handelt sich um Medikamente, für die keine Erstattung vorgesehen ist, zum Beispiel Beruhigungs- oder Schlafmittel.

## 2 Garantien

### 2.1 Krankenhausaufenthalt

Bei Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit, eines Unfalls, wegen Schwangerschaft oder Geburt, werden die Kosten für Gesundheitspflege erstattet, sofern diese Behandlungen bei einem Aufenthalt in einem anerkannten Krankenhaus oder einem anerkannten Palliativzentrum erfolgten (siehe auch Punkt 4 - Umfang der Erstattungen).

#### 2.1.1 Sofern diese zu einer gesetzlichen Kostenbeteiligung für Leistungen führen, die im Leistungskatalog des LIKIV aufgeführt sind.

Garantiert sind:

- 1 die Aufenthaltskosten einschließlich der Zulagen für ein Ein- oder Zweibettzimmer. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass die Zulagen bezüglich des Aufenthalts in einem Einbettzimmer aus persönlichen Gründen in der Grundversicherung nicht übernommen werden. Die zusätzlichen Kosten zum Tagessatz werden bei der Grundversicherung nicht berücksichtigt.
- 2 die Kosten für medizinischen Leistungen, Honorare und Honorarzulagen. Es wird ausdrücklich klargestellt, dass die Honorarzulagen oder die Zulagen, die sich aus einem Aufenthalt in einem Einbettzimmer auf eigenen Antrag des Versicherten aus persönlichen Gründen ergeben, in der Grundversicherung nicht berücksichtigt werden.
- 3 die Kosten für paramedizinische Leistungen.
- 4 die Kosten für Arzneimittel, Verbandsmaterial, medizinisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel.
- 5 die Kosten für chirurgische Eingriffe und Anästhesie.
- 6 die Kosten für den Gebrauch eines Operationssaals oder eines Geburtszimmers.
- 7 die Kosten für zahnärztliche Versorgung, Zahnprothesen und therapeutische Prothesen sowie orthopädische Hilfsmittel, Brillen, Hörgeräte, medizinische Prothesen und künstliche Gliedmaßen, sofern diese während des Krankenhausaufenthalts eingesetzt wurden und in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen. die Prothesen rein ästhetischer Natur werden nicht erstattet.

---

<sup>1</sup> <http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/specialites/Pages/liste-specialites-pharmaceutiques-remboursables-categories-remboursement.aspx#.WKwfQU8zXcs>



- 8 die medizinischen Kosten des Neugeborenen während des Krankenhausaufenthalts der Mutter nach einer versicherten Geburt, einschließlich der medizinischen Kosten für die Entnahme von Stammzellen.
- 9 die Kosten für die Untersuchung des plötzlichen Kindstodes.
- 10 die Kosten für Palliativpflege einschließlich der Medikamente.
- 11 plastische Chirurgie zur Wiederherstellung infolge einer Krankheit oder eines versicherten Unfalls.

### **2.1.2 Ungeachtet dessen, ob eine gesetzliche Leistung gewährt wird oder nicht**

- 1 die nicht erstattungsfähigen Kosten für viszerosynthetisches Material und Endoprothesenmaterial.
- 2 das während eines chirurgischen Eingriffs verwendete Einwegmaterial.
- 3 die nicht erstattungsfähigen oder in der Kategorie "D" des Leistungskatalogs des LIKIV aufgenommenen Medikamente.
- 4 die Kosten für Arzneimittel, Verbandsmaterial, medizinisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel, ausgenommen Produkte, die auch im nicht-medizinischen Handel erhältlich sind.
- 5 die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur, **die von einem in diesem Bereich anerkannten Spezialisten durchgeführt wurden.**
- 6 Die Kosten für:
  - den angepassten dringenden Transport ins Krankenhaus;
  - den angepassten Transport während des Krankenhausaufenthalts, der aus medizinischen Gründen gerechtfertigt ist;
  - das medizinische Notfallteam (MUG).
- 7 die Aufenthaltskosten eines Elternteils im Zimmer eines minderjährigen Kindes, einschließlich der verlängerten Minderjährigkeit (Rooming-in);
- 8 die verordneten medizinischen Behandlungen wie Massagen, Elektrotherapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie, Diathermie, Strahlentherapie, Ultraschall usw.
- 9 die Aufenthaltskosten des Spenders bei Organ- oder Gewebetransplantation zugunsten des Versicherten.
- 10 die Aufenthaltskosten in einer Palliativeinrichtung.
- 11 die Sterbekosten, die auf den Krankenhauskosten berücksichtigt werden.

## **2.2 Vor und nach einem Krankenhausaufenthalt**

Hierbei handelt es sich um medizinische Kosten, die während eines Zeitraums von 60 Tagen vor und 180 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt angefallen sind.



### **2.2.1 Sofern diese zu einer gesetzlichen Kostenbeteiligung für Leistungen führen, die im Leistungskatalog des LIKIV aufgeführt sind.**

- 1 die Kosten für medizinische Leistungen anlässlich eines Besuchs des Arztes oder einer Konsultation bei einem Arzt;
- 2 die Kosten für paramedizinischen Leistungen, die vom Arzt verordnet wurden;
- 3 die Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel;
- 4 die Kosten für medizinische Prothesen in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt;
- 5 die Kosten für künstliche Gliedmaßen;
- 6 die Kosten für medizinische Behandlungen des Spenders, die direkt mit der Transplantation zugunsten eines stationär aufgenommenen Versicherten verbunden sind;
- 7 die medizinischen und Behandlungskosten in den Rehabilitationszentren;
- 8 Medikamente.

### **2.2.2 Ungeachtet dessen, ob eine gesetzliche Leistung gewährt wird oder nicht**

- 1 Die nicht erstattungsfähigen oder in der Kategorie "D" des Leistungskatalogs des LIKIV aufgenommenen Medikamente.
- 2 Die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur, die von einem in diesem Bereich anerkannten Spezialisten durchgeführt wurden;
- 3 Die Kosten für Verbandsmaterial und medizinisches Material, ausgenommen Produkte, die auch im nicht-medizinischen Handel erhältlich sind.

## **2.3 Schwere Krankheiten**

Bei den folgenden Krankheiten: Krebs, Leukämie, Tuberkulose, multiple Sklerose und amyotrophe Lateralsklerose, Parkinson, Diphtherie, Kinderlähmung, zerebrospinale Meningitis, Pocken, Typhus (Fleckfieber, Paratyphus, Bauchtyphus), Enzephalitis, Milzbrand, Tetanus, Cholera, Morbus, Hodgkinkrankheit, Aids, Virushepatitis, Röteln, Scharlach, Diabetes, Nierenerkrankungen, die eine Dialyse erfordern, Morbus Crohn, ulzerös-hämorrhagische Proktokolitis, Mukoviszidose, Lymphogranulomatose, Pankreatitis, Alzheimer, progressive Muskeldystrophie, Colitis ulcerosa, Malaria, Morbus Pompe, Creutzfeld-Jacob-Krankheit, Skrofulose, Bruzellose, Sklerodermie, deckt die Versicherung auch die außerhalb des Krankenhauses aufgewendeten Versorgungskosten, die in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

### **2.3.1 Sofern diese zu einer gesetzlichen Kostenbeteiligung für Leistungen führen, die im Leistungskatalog des LIKIV aufgeführt sind.**

- 1 die Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzulagen;
- 2 die Kosten für paramedizinische Leistungen;





- 3 die Kosten für Spezialbehandlungen, Analysen und Untersuchungen, die aufgrund der Krankheit notwendig sind;
- 4 die Kosten für das Anmieten von verschiedenem Material;
- 5 die Medikamente.

### **2.3.2 Ungeachtet dessen, ob eine gesetzliche Leistung gewährt wird oder nicht**

- 1 die nicht erstattungsfähigen oder in der Kategorie "D" des Leistungskatalogs des LIKIV aufgenommenen Medikamente.
- 2 die Kosten für Arzneimittel, Verbandsmaterial, medizinisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel, ausgenommen Produkte, die auch im nicht-medizinischen Handel erhältlich sind.
- 3 Die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur, **die von einem in diesem Bereich anerkannten Spezialisten durchgeführt wurden**;
- 4 die Transportkosten
- 5 Alle anderen Kosten, die der Versicherer vorab genehmigt hat;
- 6 Die Kosten für **verschriebene** Perücken, äußere Brustprothesen, bis maximal 500 €;

Anmerkung: Die Aufenthaltskosten in einer Palliativeinrichtung, wenn diese zusätzlich zu den kraft der Punkte 2.1 und 2.3 gedeckten Leistungen anfallen.

### **2.4 Hausgeburt, Geburt in einer Poliklinik und Geburtshilfe.**

Die Versicherung muss auch für die medizinischen Kosten einer Hausgeburt, einer Geburt in einer Poliklinik und für Geburtshilfe zu Hause **gelten, die von einem anerkannten Arzt oder einem vom LIKIV anerkannten Geburtshelfer durchgeführt wird**. Folglich finden bei einer Hausgeburt oder einer Geburt in einer Poliklinik die Garantien des weiter oben aufgeführten Kapitels "Vor und nach einem Krankenhausaufenthalt" ebenfalls Anwendung, einschließlich der medizinischen Kosten für das Neugeborene.

Unter Geburtshilfe sind die Kosten nach einer Geburt zu verstehen, die durch eine anerkannte Geburtshilfeeinrichtung in Rechnung gestellt werden. Es handelt sich hierbei um die von dieser Einrichtung berechneten Kosten für Versorgung der Mutter, des Neugeborenen und der Familie zu Hause durch eine anerkannte Wochenpflegerin.

**Die Kostenbeteiligungen für die Geburtshilfe sind auf zwölf Kalendertage begrenzt.**

## **3 Umfang der vom Versicherer durchgeführten Erstattungen.**

- 1 Für Kosten, für die kein Anspruch auf gesetzliche Leistungen gewährt wird, gilt eine Kostenbeteiligung von bis zu **3.000 €** pro Versichertem pro Kalenderjahr, mit folgenden Maßgaben:
  - Die Erstattung der Aufenthaltskosten eines Elternteils im Zimmer eines Kindes ist auf **50 €** pro Nacht beschränkt;
  - Die Beteiligung an den Aufenthaltskosten eines Spenders ist auf **2.000 €** beschränkt;



- Die Transportkosten bei schweren Erkrankungen sind auf eine allgemeine Höchstgrenze von 250 € pro Person pro Kalenderjahr beschränkt.
- 2 Bei Krankenhausaufenthalt infolge einer psychischen, psychiatrischen oder geistigen Erkrankung erfolgt die Kostenbeteiligung pro Versichertem über einen Zeitraum von **36 Monaten**, mit oder ohne Unterbrechung, die am ersten Tag beginnt, der Anspruch auf eine gesetzliche Kostenbeteiligung gewährt.
- 3 Die Kostenbeteiligung für Geburtshilfe wird während eines Zeitraums von maximal zwölf Tagen und in Höhe von maximal **620 €** gewährt.
- 4 **Eine Beteiligung von 50 %, beschränkt auf 1.250 € pro Person und pro Kalenderjahr, an Kosten für homöopathische Behandlungen, Akupunktur, Osteopathie und Chiropraktik, die von einem in dem Bereich anerkannten Fachmann vorgenommen werden, wenn hierfür keine gesetzlichen Leistungen vorgesehen sind (gilt nur für die schweren Erkrankungen).**
- 5 Bezüglich der künstlichen Befruchtung (in-vitro-Befruchtung, ISCI und IUI) wird eine Beteiligung an den Kosten für Behandlungen in Höhe von maximal 500 € pro Behandlung gewährt, für höchstens 6 Behandlungen, sofern beide Partner dem Vertrag seit mindestens 12 Monaten **in der erweiterten Versicherung angeschlossen sind**.
- 6 Für die außerklinische Kataraktoperation (bezüglich der außerklinischen Augenchirurgie unabhängig vom Implantatstyp, der Kostenbeteiligung der Krankenkasse und der Honorare zu Lasten des Patienten übernimmt der Versicherer einen Höchstbetrag von 600 € pro Person und pro Eingriff).

#### 4 Wahl der Versicherung

Der Hauptversicherte (der den Anspruch auf diese Versicherung begründet) hat die Wahl zwischen der Grundversicherung und der erweiterten Versicherung. Diese Wahl muss die gleiche für ihn wie für die unter dem gleichen Dach lebenden Mitglieder sein:

- Grundversicherung

Diese Versicherung deckt auf keinen Fall die mit der Nutzung eines Einbettzimmers verbundenen Zulagen. Diese Versicherung garantiert die Erstattung der nachstehend aufgeführten Kosten für Gesundheitspflege nach eventuellem Abzug der gesetzlichen und außergesetzlichen Leistungen.

- Erweiterte Versicherung

Die Garantien sind vorbehaltlich der folgenden Bestimmungen die gleichen wie in der Grundversorgung:

- Alle Zulagen sowohl für die Aufenthaltskosten wie für die Honorare oder Honorarzulagen bei einem Aufenthalt in einem Einbettzimmer aus persönlichen Gründen werden in Höhe des Dreifachen des Betrags der gesetzlichen Leistung garantiert.



- Die Selbstbeteiligung pro Versichertem und pro Kalenderjahr beläuft sich auf **250 €** nur für die in der erweiterten Versicherung berücksichtigten Leistungen und folglich nicht für jene, die in der Grundversicherung berücksichtigt werden.
- Fruchtbarkeitsbehandlungen: **in-vitro-Befruchtung, ISCI und IUI** : die Beteiligung an Kosten bezüglich der Behandlungen wird in Höhe von maximal 500 € pro Behandlung gewährt, maximal 6 Behandlungen, sofern beide Partner seit mindestens **12 Monaten**, in der **erweiterten Formel** durch diesen Vertrag versichert sind.

Die Wahl der Versicherung kann nur unter folgenden Umständen geändert werden:

- Nach Wahl der erweiterten Versicherung hat der Versicherte dennoch die Möglichkeit, durch ausdrücklichen schriftlichen Antrag mindestens drei Monate vor Ablauf der jährlichen Fälligkeit in die Grundversicherung mit jährlicher Fälligkeit zu wechseln; dieser Wechsel der Versicherung gilt ausnahmslos auch für alle versicherten Mitglieder des Haushalts.
- Nach Wahl der Grundversicherung kann der Versicherte nur mit Genehmigung des Versicherers in die erweiterte Versicherung wechseln, sofern der Versicherer die Änderung der Versicherung akzeptiert (die dann für alle versicherten Mitglieder des Haushalts gilt).
  - Es gelten die Bestimmungen bezüglich der Wartezeit.
  - Bestehende Erkrankungen sind ausgeschlossen.

## 5 Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung wird auf **250 €** pro Versichertem und pro Kalenderjahr festgelegt, wenn der Versicherte ein Einbettzimmer für seinen Krankenhausaufenthalt gewählt hat.

In der erweiterten Versicherung gibt es keine Selbstbeteiligung, wenn der Versicherte freiwillig ein Gemeinschaftszimmer wählt oder wenn kein Einzelzimmer verfügbar ist.

Die Selbstbeteiligung findet auf keinen Fall bei schweren Erkrankungen Anwendung, die in Punkt 2.3 aufgelistet sind.

Wenn die Selbstbeteiligung für einen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt über einen Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren gilt, wird die Selbstbeteiligung nur einmal angewendet.

Wenn mehrere Mitglieder eines gleichen Haushalts - die der Versicherung angeschlossen sind - gleichzeitig infolge eines Unfalls im Krankenhaus sind, wird die Selbstbeteiligung nur einmal für alle Haushaltsmitglieder und nicht getrennt für jedes Haushaltsmitglied angewendet.

## 6 Gültigkeitsgebiet

Die Versicherung gilt weltweit.

Es gibt jedoch Länder, mit denen die belgischen Krankenkassen keine Erstattungsverträge geschlossen haben. Falls ein Versicherter eine Krankheit oder einen Unfall in einem dieser Länder erleidet, würde der Versicherer so eintreten, als wäre die Krankheit oder der Unfall in Belgien eingetreten. Infolgedessen wird eine fiktive Erstattung berücksichtigt, die äquivalent zur jener der Krankenkasse (Kranken- und Invalidenversicherung - Abteilung Gesundheitspflege - System der Arbeitnehmer) ist.



## 7 Terrorismus

Diese Police deckt auch die Schäden, die durch einen terroristischen Akt verursacht werden, wie er im Gesetz vom 1. April 2007 über die Versicherung gegen Schäden verursacht durch Terrorismus (MB 15. Mai 2007) definiert werden.

## 8 Ausnahmen

Die Versicherungsgarantie erstreckt sich nicht auf Versicherungsfälle, die eingetreten sind nach:

- 1 einem Unfall oder einer Krankheit, die nicht durch eine medizinische Untersuchung festgestellt werden können.
- 2 einer kosmetischen Behandlung oder Verjüngungskuren; die Kosten für plastisch-rekonstruktive Chirurgie, die durch eine berücksichtigte Erkrankung oder einen berücksichtigten Unfall entstanden sind, werden jedoch übernommen.
- 3 Krankheiten oder Unfälle, die den Versicherten treffen:
  - 3.1 im Zustand der Trunkenheit, Alkoholvergiftung oder unter Einfluss von Drogen, Narkotika oder Betäubungsmitteln, die ohne ärztliche Verordnung eingenommen wurden, es sei denn,
    - es wird nachgewiesen, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen der Erkrankung oder dem Unfall und seinen Umständen besteht;
    - der Versicherte erbringt den Beweis, dass er aus Unwissenheit Getränke oder Betäubungsmittel verwendet hat oder dass er von einem Dritten dazu gezwungen wurde;
  - 3.2 durch Alkoholismus, Drogenabhängigkeit oder übermäßiger Einnahme von Medikamenten.
- 4 Sterilisation, Schwangerschaftsverhütung **außer aus dringendem medizinischen Grund.**
- 5 Thermalkuren
- 6 Kriegsereignis, wenn der Versicherte als Zivilist oder Soldat davon betroffen ist; Bürgerkriege oder Aufstände, sofern der Versicherte nicht selbst aktiv daran teilgenommen hat oder sich im Zustand der gesetzlichen Selbstverteidigung befunden hat.
- 7 Ausübung eines Flugsports oder der Gebrauch von Motorfahrzeugen, ebenso die Ausübung irgendeines Sports gegen Vergütung.
- 8 Folgen einer vorsätzlichen Handlung seitens des Versicherten, sofern er nicht den Nachweis erbringt, dass es sich um die Rettung von Personen oder Sachen handelt; Straftaten und unerlaubte Handlungen, die der Versicherte begangen hat; leichtfertige Handlungen, Wetten oder Herausforderungen.
- 9 Schaden infolge der Nutzung von Kernenergie unter Anwendung des Pariser Übereinkommens (Gesetz vom 22. Juli 1985) oder anderer gesetzlichen Bestimmungen, die dieses Gesetz ersetzen, ändern oder ergänzen.
- 10 freiwillige Verstümmelung oder Selbstmordversuch.



- 11 Unfälle, bei dem der Versicherte Teil der Besatzung eines Flugzeugs ist oder während des Fluges eine berufliche oder andere Tätigkeit in Zusammenhang mit dem Flugzeug oder Flug ausübt.

## **9 Anschluss und Wartezeit**

### **9.1 Anschluss**

Der Versicherungsnehmer übermittelt dem Versicherer vorab die Namensliste (Namen, Vornamen, Geburtsdatum) über die Situation der zu versichernden Personen am 1. Januar jedes Jahres. Der Versicherungsnehmer teilt auch mit:

- die neuen Anschlüsse und Kündigungen, die im Verlauf des Versicherungsjahres erfolgen würden. Neue Versicherte kommen in den Genuss der Garantien der Police, sobald ihr Anschluss beim Versicherer eingegangen ist.
- Änderungen bei der Zusammensetzung der Familie der Versicherten, welche die Prämie ändern könnten (Geburt, Tod, Heirat usw.) Die Änderungen der Prämie und der Garantien erfolgen am Tag des Ereignisses selbst, sofern der Antrag binnen Monatsfrist gestellt wurde.

Die Hauptversicherten sowie die Nebenversicherten, für die sie den Anspruch auf Versicherung begründen, schließen sich der Versicherungspolice mithilfe eines Anschlussformulars an. Das ordnungsgemäß ausgefüllte Formular ist an die Personalabteilung der angeschlossenen lokalen oder provincialen Verwaltung zu senden, die es anschließend an den Versicherer weiterleitet.

### **9.2 Wartezeit und Vorerkrankungen**

Die Wartezeit ist der Zeitraum, der am Tag des Anschlusses beginnt und in dem die Versicherung nicht eintritt.

#### **9.2.1 Die Hauptversicherten, deren Prämie vollständig von der angeschlossenen provincialen oder lokalen Verwaltung geht, und ihre Mitversicherten**

- 1 Es gibt keine Wartezeit, keinen medizinischen Fragebogen und keine ärztliche Untersuchung.
- 2 Die Garantie beginnt am Datum des Beschäftigungsbeginns, sofern das Beitrittsformular innerhalb der 3 Monate übersandt wurde. Ist dies nicht der Fall, beginnt die Garantie am ersten Tag des Monats nach jenem, in dessen Verlauf das Formular übersandt wird.

Diese Bestimmung gilt sowohl für die Hauptversicherten, die bei Beginn dieses Versicherungsvertrags beschäftigt waren, als auch für die Hauptversicherten, die später in den Dienst treten.

#### **9.2.2 Die Hauptversicherten, deren Prämie nicht oder nur teilweise von der angeschlossenen provincialen oder lokalen Verwaltung übernommen wird.**

- 1 Die Garantie beginnt ab dem ersten Tag des Monats nach jenem, in dessen Verlauf das Beitrittsformular übersandt wird.
- 2 Es gibt keinen Fragebogen und keine ärztliche Untersuchung.
- 3 Die allgemeine Wartezeit beträgt DREI MONATE.



Diese Wartezeit gilt jedoch nicht in folgenden Fällen:

- für die Versicherten einer neu dieser Versicherung beigetretenen provinziellen oder lokalen Verwaltung, sofern sie ihren Anschluss innerhalb der drei Monate nach dem Beitritt der neuen Verwaltung zu dieser kollektiven Versicherung bestätigen.
  - für neu in den Dienst eingetretenen Hauptversicherte und deren Familie, sofern der Anschluss innerhalb der drei Monate nach dem Ereignis erfolgt;
  - bei einem Unfall;
  - bei folgenden akuten ansteckenden Krankheiten: Scharlach, Masern, Windpocken, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Kinderlähmung, zerebrospinale Meningitis, Dysenterie, Bauchtyphus und Paratyphus, Fleckfieber, Cholera, Pocken, Malaria, Rückfallfieber, Enzephalitis, Milzbrand und Tetanus;
  - Bei Heirat für den Ehegatten oder den eingetragenen Partner (ab dem Datum der eingetragenen Partnerschaft) und bei Geburt für das Neugeborene einer bereits angeschlossenen Person, sofern der Anschluss innerhalb der drei Monate nach dem Ereignis erfolgt.
- 4 Unbeschadet der Anwendung der Wartezeit von drei Monaten, die in Punkt 3 vorgesehen ist, unterliegt die Kostenbeteiligung des Versicherers an den Kosten in Verbindung mit einer Schwangerschaft oder einer Geburt der Bedingung, dass die Schwangerschaft nach dem Beginn des Inkrafttretens der Garantie gegenüber der Person begonnen hat, die in ihren Genuss kommt.
- 5 Abweichend zu den Punkten 3 und 4 gilt keine Wartezeit für die Personen, die bereits eine Versicherung hatten, welche ähnliche Vorteile garantierte, sofern seit Anschluss dieser Personen zu dieser Versicherung drei Monate vergangen sind und es zu keiner Unterbrechung der Deckung zwischen den beiden Verträgen gekommen ist. Wenn sich der Antrag auf Kostenbeteiligung ferner auf Kosten in Verbindung mit einer Schwangerschaft oder einer Geburt bezieht, werden die sich aus diesem Vertrag ergebenden Leistungen nur dann gewährt, wenn die Schwangerschaft nach dem Anschluss der Begünstigten der vorherigen Versicherung begonnen hat.

Hinweis: Verfahren für den Übergang von einer Versicherung zur anderen.

Die Personen oder Haushalte, die bereits einen Versicherungsvertrag haben, der die gleichen oder ähnliche Garantien vorsieht, können nach Ablauf der laufenden Police ohne Anwendung der Wartezeit zur kollektiven Versicherung übergehen. Es darf jedoch keine Unterbrechung der Versicherung geben.

Es reicht aus, dem Formular über den Beitritt zu dieser Versicherung eine Kopie der bestehenden Police beizufügen und die erforderlichen Formalitäten für die Kündigung der laufenden Versicherung zu erledigen.

### **9.2.3 Übergang vom Hauptversicherten zum Mitversicherten**

Der Übergang vom Status des Hauptversicherten auf den des Mitversicherten bei der Pensionierung erfolgt ohne Wartezeit, ohne medizinischen Fragebogen und ohne ärztliche Untersuchung. Bei diesem Übergang vom Hauptversicherten zum Mitversicherten darf dieser Vertrag nicht unterbrochen werden.



#### **9.2.4 Witwen und Witwer**

Beim Tod des Hauptversicherten oder des mitversicherten Pensionsempfängers können die bereits versicherten Mitglieder seines Haushalts weiterhin die Deckung dieses Vertrags in Anspruch nehmen.

Diese Fortsetzung erfolgt ohne Unterbrechung der Deckung, sofern die betreffenden Personen ihren Antrag innerhalb von drei Monaten nach dem erstfolgenden jährlichen Fälligkeitstag schriftlich beim Versicherer einreichen.

#### **9.2.5 Vorerkrankungen**

- 1 Die Leistungen werden den Versicherten nicht gewährt, wenn das Vorliegen der Beeinträchtigung, der Krankheit, der Invalidität, der Schwangerschaft oder der Geburt, für die die Kostenbeteiligung der Versicherung angefordert wird, vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Bevollmächtigten am Datum des Anschlusses an diese Police nicht ignoriert werden konnte, auch wenn die ersten Symptome das Stellen einer genauen Diagnose nicht erlaubt haben.
- 2 Abweichend zu Punkt 1 werden jedoch für die Personen, deren Anschluss an diese Police fakultativ ist und die bereits vor ihrem Anschluss an diese Police eine vorherige Deckung mit Garantie identischer Vorteile hatten, garantiert:

die Beeinträchtigung, die Krankheit, der Unfall, die Invalidität, die Schwangerschaft oder die Geburt, für die der Versicherte bereits im Rahmen seiner vorherigen Versicherung abgedeckt war, sofern der Anschluss an diese Police innerhalb der drei Monate nach dem erstfolgenden jährlichen Fälligkeitstag der vorherigen Versicherung erfolgte.

Wenn sich diese Personen dieser Police später als drei Monate nach dem ersten jährlichen Fälligkeitstag ihrer vorherigen Versicherung anschließen, gelten die in Punkt 1 aufgeführten Bestimmungen.

## **10 Zahlung der Prämie**

Die Garantien der Versicherung werden mittels der Zahlung einer Jahresprämie gewährt. Wenn der Versicherte dies beantragt, muss die Möglichkeit der vierteljährlichen Prämienzahlung vorgesehen werden.

Hinweis: die für die Hauptversicherten geltenden Prämienbeträge der Kategorie „von 50 bis einschließlich 66 Jahren“ gelten weiterhin für die Hauptversicherten, die noch nach 66 Jahren bei der provincialen oder lokalen Verwaltung im Dienst stehen.

## **11 Ende der individuellen Deckung**

Der Versicherer ist nicht befugt, auf einer individuellen Basis bestimmte Hauptversicherte oder Mitversicherte auszuschließen; es gibt folgende Ausnahmefälle:

### **11.1 Die Hauptversicherten**

Beendet die individuelle Deckung des Hauptversicherten am jährlichen Fälligkeitstag:



- die freiwillige Auflösung des Vertrags auf schriftlichen Antrag des Hauptversicherten an die angeschlossene provinziiale oder lokale Verwaltung oder an den Versicherer mindestens 3 Monate vor dem jährlichen Fälligkeitstag der Police.
- das Ende oder die Auflösung des statutarischen Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und der angeschlossenen provinziialen oder lokalen Verwaltung;
- der Tod des Hauptversicherten;
- ein Betrug oder ein Betrugsversuch seitens des Hauptversicherten.
- die Auflösung durch den Versicherten aufgrund der Nichtzahlung der Prämie.

### 11.2 Die Mitversicherten

Beendet die individuelle Deckung des Mitversicherten am jährlichen Fälligkeitstag:

- die freiwillige Auflösung des Vertrags auf schriftlichen Antrag des Mitversicherten an die angeschlossene provinziiale oder lokale Verwaltung oder an den Versicherer mindestens 3 Monate vor dem jährlichen Fälligkeitstag der Police.
- das Ende oder die Auflösung des statutarischen Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und der angeschlossenen provinziialen oder lokalen Verwaltung mit Ausnahme des Falls des Übergangs des Status des Hauptversicherten auf den des Mitversicherten bei Pensionierung;
- der Tod des Mitversicherten;
- ein Betrug oder ein Betrugsversuch seitens des Mitversicherten.
- die Auflösung durch den Versicherten aufgrund der Nichtzahlung der Prämie.

Ferner wird der Anschluss der Familienmitglieder gekündigt, sobald sie nicht mehr die Kriterien der Nebenversicherten gemäß Punkt 1.4 erfüllen.

Bei Kündigung oder Auflösung des Vertrags oder der Arbeitsbedingungen (statutarisch) wie oben angegeben und wenn die Familienmitglieder nicht mehr die Kriterien der Nebenversicherten wie in Art. 1 „Begriffsbestimmungen“ erfüllen, ist die Versicherung unabhängig vom Datum der Zustellung der Kündigung weiterhin wirksam und die Prämie wird weiterhin bis zum 31. Dezember des laufenden Versicherungsjahres geschuldet, wenn der Versicherte dies wünscht.

## 12 Änderung des Preises

Die Prämien werden für die ersten beiden Jahre des Vertrags festgelegt.

Sie können anschließend vom Versicherer mit Wirkung zum 1. Januar jedes der beiden Folgejahre geändert werden.





Der Auftragnehmer ist verpflichtet, dem leitenden Dienst die Preisänderung (nach oben oder nach unten) und die neuen Preise schriftlich vor dem 31. August jedes Jahres zur Genehmigung vorzulegen.

Ab Januar 2024 werden die Prämien am 1. Januar jedes Jahres auf der Grundlage des globalen medizinischen Index „Garantie Einzelzimmer“ und „Garantie Zweibettzimmer und Gemeinschaftszimmer“ anpasst. Diese spezifischen Indices werden vom FÖD Wirtschaft gemäß den im königlichen Erlass vom 1. Februar 2010 aufgeführten Modalitäten berechnet, welcher die spezifischen Indices aus den Artikeln 138 bis, 4, §3 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über den Landversicherungsvertrag festlegt.

### **13 Inkrafttreten und Dauer des Versicherungsvertrags**

Die Versicherung tritt am 1. Januar 2022 in Kraft.

Die Versicherung wird für einen Zeitraum von 4 Jahren abgeschlossen, der am 1. Januar 2022 beginnt und am 31. Dezember 2025 endet. Die provinzielle oder lokale Verwaltung, die diesem Vertrag beiträgt, verpflichtet sich für die gesamte Vertragsdauer, sofern ausdrücklich nichts Gegenteiliges angegeben wird.

### **14 Pflichten der Versicherungsnehmer**

Die angeschlossene provinzielle oder lokale Verwaltung:

- benennt einen festen Ansprechpartner innerhalb der Verwaltung, der die Mittlerrolle übernimmt und für die Abwicklung und Ausführung des Vertrags verantwortlich ist;
- übergibt dem Versicherer eine Liste der Personalmitglieder und der Mitglieder aus deren Haushalt, die bereits Begünstigte der laufenden kollektiven Krankenversicherung sind, die vom Dienst abgeschlossen wurde;
- informiert den Versicherer über den Teil der Prämie, den die provinzielle oder lokale Verwaltung übernimmt, und über den Teil der Prämie, den der Versicherte selbst zahlt;
- zahlt jährlich den Teil der von ihr übernommenen Prämie.
- Auf eigene Initiative oder auf Antrag des Versicherten übergibt die betreffende Verwaltung dem Versicherer die unbedingt notwendigen Daten, wie in der Situation des Haushalts der beruflichen Situation eingetretene Änderungen (Geburt, Heirat, ...);
- informiert sie ihre Personalmitglieder, einschließlich der neu Eingestellten, über das Bestehen des Vertrags, um ihnen die effektive Möglichkeit zu geben, diesem beizutreten, indem sie ihnen die notwendigen Dokumente (Informationsbroschüren, Anschlussformulare, ...) zur Verfügung stellt.

### **15 Pflichten des Versicherten**

Der Versicherte:

- zahlt jährlich oder vierteljährlich seinen Prämienanteil;



- muss alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um Schadensfolgen vorzubeugen und zu begrenzen;
- wenn der Versicherte vorab über eine Kostenbeteiligung informiert wurde, muss der vorgesehene Krankenhausaufenthalt dem Helpdesk des Dienstleisters mitgeteilt werden;
- muss, wenn die Drittzahlerregelung nicht gilt (insbesondere, weil das Krankenhaus die Drittzahlerregelung nicht akzeptiert), den Dienstleister schnellstmöglich über einen Krankenhausaufenthalt in einer Einrichtung, einen chirurgischen Eingriff und/oder einen Unfall im Wege der diesbezüglich vorgesehenen Formulare informieren. Er fügt diesem Dokument alle sachdienlichen Unterlagen, Erklärungen oder Berichte als Nachweis für den tatsächlichen Eintritt und die Bedeutung des Ereignisses bei;
- übersendet dem Dienstleister alle Originalunterlagen (Krankenhausrechnungen, Erstattungen der Krankenkasse, Apothekenquittungen usw.).

## 16 Pflichten des Versicherers

Der Auftragnehmer haftet für seine Subunternehmer. Alle dem Auftragnehmer auferlegten Verpflichtungen gelten auch für seine Subunternehmer.

### 16.1 Während der Anfangsphase des neuen Vertrags:

Der Dienstleister:

- unterzeichnet mit dem Versicherungsnehmer einen „Durchführungsplan“, der die konkrete Zusammenarbeit und die diesbezüglichen Verfahren beschreibt (Aufteilung der Aufgaben des Personaldienstes, des Sozialdienstes, des Dienstleisters);
- benennt einen spezifischen Ansprechpartner für die Verantwortlichen des Vertrags der Auftragnehmer, an den man sich bei Fragen wenden muss, die nicht an den Helpdesk gestellt werden können, oder wenn andere Fragen oder Probleme während der Erfüllung des Vertrags gelöst werden müssen;
- erarbeitet für jeden Dienst des Auftragnehmers zusammen mit dem Verantwortlichen für den Vertrag beim betreffenden Dienst einen detaillierten Informations- und Kommunikationsplan. Die Kosten bezüglich der konkreten Ausarbeitung dieses Plans (Erstellung von Informationsbroschüren und -dokumenten, Organisation von Informationsveranstaltungen ...) und der späteren Unterstützung einer Informationskampagne gehen zu Lasten des Dienstleisters;
- verpflichtet sich, jedem potentiellen Kunden, der einen Versicherungsvertrag kraft dieses besonderen Leistungsheftes schließen kann, eine Dokumentation vorzulegen, welche die Tarife und Vertragsbedingungen enthält;
- richtet einen Helpdesk ein, an den sich die Versicherten und potentiellen Versicherten regelmäßig (während der Bürostunden) in ihrer eigenen Sprache (Niederländisch, Französisch, Deutsch) wenden können, um verschiedene Informationen bezüglich der Vertragsbedingungen, der Anschlussmöglichkeiten, der Übertragbarkeit von Verträgen und Policen, der Zahlungen von Rechnungen und der Schadensfälle zu erhalten.
- übermittelt jedem Versicherungsnehmer eine Liste der Ansprechpartner des Helpdesks für diesen Vertrag sowie deren Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, E-Mail-Adressen ...);



- übergibt allen Versicherten individuelle Ausweise, mit denen die „Drittzahlerregelung“ angewendet werden kann. Eine genaue und vollständige Beschreibung dieser Regelung sowie eine Liste der Krankenhäuser, in denen diese Regelung gilt, ist an alle Versicherungsnehmer und Versicherten auszugeben;
- verpflichtet sich, die laufenden Schadensvorgänge zu übernehmen.

## 16.2 Während der Vertragsdauer

Alle Dienstleistungen müssen sowohl in niederländischer als auch in französischer und deutscher Sprache angeboten werden können.

Der Dienstleister:

- informiert die Versicherten und die potentiellen Versicherten über die Vertragsbedingungen sowie über die Möglichkeiten der vierteljährlichen Prämienzahlung;
- stellt den Versicherten während der gesamten Vertragsdauer den Helpdesk zur Verfügung;
- verwaltet die Beziehungen mit den einzelnen Versicherten;
- darf eine Deckung von Versicherten nicht ablehnen, es sei denn, diese haben betrügerisch ihre Verpflichtungen nicht erfüllt;
- weist die Betroffenen und den Versicherungsnehmer sofort auf eventuelle Probleme beim Anschluss oder bei der Ausführung hin;
- stellt den Haupt- und Nebenversicherten **jährlich** oder vierteljährlich ihren Anteil an der Prämie in Rechnung;
- übersendet jedem Versicherungsnehmer **jährlich** eine Gesamtrechnung ihres Prämienanteils, zusätzliche Teilrechnungen für die neu Angeschlossenen zusammen mit einer Beschreibung zu Kontrollzwecken, sowie die sachdienlichen Statistiken bezüglich des Vertrags;
- erstattet schnellstmöglich und auf alle Fälle innerhalb einer Frist von **20 Werktagen** die Krankenhauskosten an die Krankenhäuser und die individuellen Versicherten;
- beantragt die jährliche Änderung der Preise beim leitenden Dienst (siehe Punkt 12);
- unterbreitet dem leitenden Dienst wichtige Probleme bezüglich der Auslegung oder Streitfälle.

## 17 Schadensverwaltung und administrative Unterstützung

### 17.1 Erklärung - Pflichten im Schadensfall

In diesem Fall muss der Versicherte schnellstmöglich eine entsprechende Meldung beim Versicherer abgeben:

- per Internet;
- via elektronischen Terminal (elektronische Drittzahlerregelung), sofern das Krankenhaus damit ausgestattet ist;



- oder, wenn das ihn aufnehmende Krankenhaus nicht mit einem Terminal ausgestattet ist oder wenn die elektronische Drittzahlerregelung nicht gewährt werden kann, schnellstmöglich schriftlich mithilfe eines hierfür vorgesehenen Dokuments.

Der Versicherte muss dieser Meldung alle Dokumente, Atteste und Bericht beifügen, die geeignet sind, das Vorliegen und den Schweregrad des Ereignisses zu beweisen. Der Versicherer kann beim Versicherten alle von ihm für erforderlich erachteten Unterlagen anfordern.

## 17.2 Einreichung von Kostennachweisen

Der Versicherte übersendet dem Versicherer alle Nachweise im Original (Krankenhausrechnung, Erstattungsbescheinigungen der Krankenversicherung des Versicherten, Apothekenquittungen usw.). Eine Kopie ist nicht ausreichend. Nach Einreichung der oben genannten Dokumente erstattet der Versicherer den Betrag der betreffenden Kosten abzüglich:

- des Betrags der gesetzlichen Leistung oder des identischen fiktiven Betrags für den Fall, dass der Versicherte aus irgendeinem Grund diese Kostenbeteiligung nicht geltend machen kann;
- des Betrags anderer bereits erhaltener Erstattungen und der von einer anderen zusätzlichen oder freien Krankenversicherung garantierten Entschädigung bei der Krankenversicherung, der der Versicherte angeschlossen ist;
- des Betrags der vertraglichen Selbstbeteiligung.

Wenn die elektronische Drittzahlerregelung gewährt wird, wird die Krankenhausrechnung auf elektronischem Weg direkt beim Versicherer eingereicht.

Diese elektronische Drittzahlerregelung ist ein Vorauszahlungssystem. Das bedeutet nicht, dass die vom Versicherer an das Krankenhaus gezahlte Rechnung endgültig zu Lasten des Versicherers geht.

Es kann sein, dass bestimmte Kosten nicht in der Versicherungsgarantie enthalten sind (zum Beispiel - nicht abschließend - Telefonkosten, Mietung eines Fernsehers, Selbstbeteiligung). Der Versicherer kann die nicht gedeckten Kosten direkt beim Versicherten anfordern. Der Versicherte verpflichtet sich, die vom Versicherer eingereichte Kostenrechnung innerhalb der **zwanzig Werktage** nach Erhalt zu erstatten. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Erstattung, kann der Versicherer ein Verfahren gegen den Versicherten einleiten. Es wird deutlich gemacht, dass die mangelnde Erstattung der dem Versicherer geschuldeten Beträge zum Wegfall der Drittzahlerregelung führen kann.

Der Versicherer kann auch durch Verrechnung den Betrag der von ihm an das Krankenhaus gezahlten Kosten betreiben, die nicht in der Versicherungsgarantie enthalten sind, indem er sie von jeglicher späteren dem Versicherten aus irgendeinem Grund zustehenden Erstattung abzieht.

## 18 Individuelle Fortsetzung der kollektiven Versicherung in Verbindung mit der Berufstätigkeit



Außer bei Nichtzahlung der Prämie und, allgemein, bei Betrug hat jede einer kollektiven Versicherung angeschlossene Person (unter bestimmten Voraussetzungen<sup>2</sup>) das Recht, diese Versicherung individuell fortzusetzen, wenn sie den Vorteil der kollektiven Versicherung verliert (zum Beispiel bei Arbeitgeberwechsel, Entlassung, Pensionierung usw.), ohne sich zu dem Zeitpunkt einer ärztlichen Untersuchung unterziehen oder einen medizinischen Fragebogen ausfüllen zu müssen. Eine neue Wartezeit darf nicht auferlegt werden. Dieses Recht besteht sowohl für den begünstigten Versicherten als auch für seine Familienmitglieder.

Der Versicherer verfasst eine Erläuterung,

### **19 Fortsetzung der offenen Vorgänge (Wiederaufnahme am 01.01.2022)**

Der Bewerber, dem der Zuschlag für den Auftrag erteilt wird, ist verpflichtet, die auf der Basis der aktuellen kollektiven Krankenversicherung offenen Vorgänge zu übernehmen und die Fortsetzung der Garantien zu gewährleisten, in deren Nutzen die Hauptversicherten und Mitversicherten infolge eines Krankenhausaufenthalts, einer Beeinträchtigung oder einer Krankheit kommen, die vor dem 1. Januar 2022 auftreten ist und die aufgrund der aktuellen kollektiven Police auch abgedeckt sind.

---

<sup>2</sup> Anwendung des abändernden Gesetzes vom 20. Juli 2007 bezüglich der privaten Krankenversicherungsverträge, des Gesetzes vom 25. Juli 1992 über den Landversicherungsvertrag.