



LASTENHEFT
FÜR DEN ÖFFENTLICHEN
DIENSTLEISTUNGSauftrag
MIT FOLGENDEM GEGENSTAND:
„KRANKENHAUSVERSICHERUNG“

OFFENES VERFAHREN

Sonderlastenheft: SFPD/S2300/2024/25

Öffentlicher Auftraggeber
Föderaler Pensionsdienst

INHALTSVERZEICHNIS

A.	BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	4
B.	TECHNISCHE BESTIMMUNGEN	7
1.	VERSICHERUNGSSCHUTZ	7
1.1.	<i>Krankenhausaufenthalt.....</i>	7
1.2.	<i>Vor und nach einem Krankenhausaufenthalt</i>	8
1.3.	<i>Schwere Krankheiten.....</i>	9
1.4.	<i>Hausgeburten, Entbindung in einer Poliklinik und Kosten nach der Entbindung</i>	10
2.	UMFANG DER VOM VERSICHERER DURCHGEFÜHRTEN ERSTATTUNGEN.....	10
3.	WAHL DER DECKUNG.....	11
4.	SELBSTBETEILIGUNG	12
5.	BEGINN UND LAUFZEIT DER VERSICHERUNG	12
6.	ENDE DER DECKUNG (RUHESTAND, TOD USW.).....	12
6.1.	<i>Die Hauptversicherten</i>	13
6.2.	<i>Die Mitversicherten.....</i>	13
7.	GESETZ VOM 20. JULI 2007 (VERWILGHEN-GESETZ).....	14
7.1.	<i>Vom Versicherungsnehmer zu übermittelnde Informationen.....</i>	14
7.2.	<i>Voraussetzungen für die Gewährung.....</i>	14
8.	KONTROLLE UND SUPERVISION DES VERTRAGS.....	15
C.	PLÄNE DER (AMBULANTEN + ZAHNÄRZTLICHEN) ZUSATZVERSORGUNG)	16
1.	BEITRITTSVORAUSSETZUNGEN.....	16
2.	VERSICHERUNGSSCHUTZ UND GRENZEN.....	16
2.1.	<i>Allgemeines.....</i>	16
2.2.	<i>Plan für zahnärztliche Versorgung.....</i>	16
2.3.	<i>Plan für ambulante Versorgung.....</i>	17
3.	WARTEZEITEN.....	18
4.	NICHTERSTATTUNG – AUSSCHLÜSSE.....	18
D.	TECHNISCHE BESTIMMUNGEN	19
1.	INFORMATIONSKAMPAGNEN.....	19
2.	GELTUNGSBEREICH	19
3.	TERRORISMUS.....	19
4.	AUSSCHLÜSSE	19
5.	BEITRITT UND WARTEZEIT	20
5.1.	<i>Beitritt</i>	20
5.2.	<i>Wartezeit und Vorerkrankungen.....</i>	20
6.	ZAHLUNG DER PRÄMIE.....	22
7.	SCHADENSVERWALTUNG UND ADMINISTRATIVE UNTERSTÜTZUNG	23
7.1.	<i>Meldung – Pflichten im Schadensfall.....</i>	23
7.2.	<i>Einreichung von Kostennachweisen.....</i>	23
8.	INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER KOLLEKTIVEN VERSICHERUNG IN VERBINDUNG MIT DER BERUFSTÄTIGKEIT.....	24
9.	PREISÄNDERUNG	24
9.1.	<i>Basisdeckung.....</i>	24
9.2.	<i>Erweiterte Deckung.....</i>	25
10.	PFLICHTEN DES ÖFFENTLICHEN AUFTRAGGEBERS UND DER VERSICHERUNGSNEHMER.....	25
11.	PFLICHTEN DES VERSICHERTEN.....	25
12.	PFLICHTEN DES AUFTRAGNEHMERS	26



12.1.	<i>Während der Anfangsphase des neuen Vertrags:</i>	26
12.2.	<i>Während der Vertragsdauer:</i>	27
13.	UNTERLAGEN UND STATISTIKEN	27
13.1.	<i>Jährlich</i>	27
13.2.	<i>Monatlich</i>	28
13.3.	<i>Auf Antrag</i>	28
13.4.	<i>Bei Vertragsende</i>	28
14.	VERTRAGSSTRAFEN	28
15.	FORTSETZUNG DER OFFENEN VORGÄNGE (ÜBERNAHME AM 1.1.2026)	28

A. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

- 1) Der „Versicherungsnehmer“: derjenige, der den Rahmenvertrag nutzen kann.
- 2) Die „Hauptversicherten“:
 - a) die erwerbstätigen statutarischen Personalmitglieder und Vertragspersonalmitglieder im Dienst der an den kollektiven Sozialdienst des Föderalen Pensionsdiensts angeschlossenen provinziellen oder lokalen Verwaltung und gegebenenfalls deren Mandatsträger, die vor dem Alter von 67 Jahren (bis zum Ende des Kalenderjahres, in dessen Verlauf sie diese Altersgrenze erreichen) beitreten.

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

Die hauptversicherten Personalmitglieder, die ab dem 1. Januar 2026 in den Ruhestand versetzt werden, sofern sie zum Zeitpunkt ihrer Versetzung in den Ruhestand damit einverstanden sind, dass ihre Versicherung ohne Unterbrechung fortgesetzt wird.

Die zum 1. Januar 2026 bereits pensionierten Personalmitglieder, die der kollektiven Versicherung der an den KSD-FPD angeschlossenen provinziellen oder lokalen Verwaltung beigetreten waren.

- b) Die „Mitversicherten“

Die Ehegatten oder Lebenspartner der Hauptversicherten, die an derselben Anschrift wie der Hauptversicherte wohnhaft sind, deren Beitritt vor dem Alter von 67 Jahren erfolgt.

Die Ehegatten oder Lebenspartner der bereits pensionierten Personalmitglieder, die an derselben Anschrift wie der pensionierte Hauptversicherte wohnhaft sind, sofern deren Beitritt zur kollektiven Versicherung vor dem Alter von 67 Jahren erfolgte.

Die Kinder der vorgenannten Personen, für die die Gesetzgebung über die Kinderzulagen Anwendung findet oder die, wenn sie keine Kinderzulagenberechtigten mehr sind, nach wie vor steuerlich zu Lasten dieser Personen gehen oder beim Hauptversicherten ihren Wohnsitz haben; die Enkelkinder der vorgenannten Personen, die zu deren Lasten gehen oder die, wenn dies nicht mehr der Fall ist, weiterhin beim Hauptversicherten (Person, die den Anspruch auf die Versicherung begründet) ihren Wohnsitz haben; die Kinder, die unter der gesetzlichen Vormundschaft der vorgenannten Personen stehen.

Kinder geschiedener oder gesetzlich getrenntlebender Eltern und die zu Lasten gehen, sofern der Hauptversicherte unterhaltspflichtig ist, oder im Fall einer Mittelternschaft.

Es wird darauf hingewiesen, dass bei Tod einer versicherten Person, die den Anspruch auf den Beitritt begründet, deren Ehegatte oder eingetragener Partner und die Kinder, die unter demselben Dach wohnen, weiterhin den Versicherungsschutz des Vertrags genießen können, solange der mitversicherte hinterbliebene Ehe- oder Lebenspartner nicht wieder heiratet bzw. eine ähnliche Bindung eingeht.

Es wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass der Beitritt zu dieser Police fakultativ ist und dass der Haushalt, den eine unter dem vorstehenden Punkt 2) genannte Person mit ihren Familienmitgliedern bildet, verpflichtet ist, sich, was die Anwendung der Selbstbeteiligung und des Zimmertyps betrifft, für dieselbe Deckung zu entscheiden.

- 3) „Krankenhaus“:

Eine öffentliche oder private Einrichtung, die gesetzlich 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 der einfachen Unterbringung 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.

4) „Palliativeinrichtung“:

Jede anerkannte stationäre Einrichtung zur Unterbringung von Personen, deren Gesundheitszustand einen Aufenthalt in der Einrichtung sowie eine palliative Behandlung erfordert, die eine Beobachtung, Beaufsichtigung und Betreuung verlangt, die nur in dieser Einrichtung erfolgen kann.

5) „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 als auch das Konzept Tagesklinik („one-day-clinic“), sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Operationssaal oder der Gipsraum wurde tatsächlich genutzt oder ein Krankenhausbett wurde tatsächlich genutzt, unter Ausschluss des Aufenthalts in den Wartezimmern, den Untersuchungsräumen und den Bereichen für ambulante Behandlungsdienstleistungen des Krankenhauses,
- es muss sich um Leistungen im Rahmen der Maximalpauschale, der Tagesklinikpauschale (Gruppen 1 bis einschließlich 7) und der Pauschalen bei chronischen Schmerzen handeln, die in die nationale Vereinbarung der Krankenhauseinrichtungen und der Versicherungsträger aufgenommen wurden, sowie um folgende Situationen für Tagesaufenthalte:
 - jeder Zustand, der eine Notfallbehandlung erfordert, für die ein Krankenhausbett erforderlich ist,
 - jede Situation, in der auf Anordnung des behandelnden Arztes eine effektive medizinische Überwachung für die Verabreichung eines Arzneimittels oder von Blut/labilen Blutprodukten durch eine intravenöse Infusion durchgeführt wird. Die Verabreichung von Salz- oder Zuckerlösungen, wie sie zur therapeutischen Infusion und zur Spülung eines Katheters praktiziert wird, fällt nicht unter diese Definition.

Bezüglich von 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 Auftragnehmer vor Behandlungsbeginn zugestimmt hat.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Behandlung von Tuberkulose im Sanatorium und in Pflegeeinrichtungen für Tuberkulosepatienten.

6) „Unfall“:

Ein plötzliches Ereignis, welches eine körperliche Schädigung verursacht und dessen Ursache bzw. eine der Ursachen außerhalb des Organismus des Versicherten liegt. Der Unfall muss von

einem Arzt festgestellt werden, der entweder in Belgien oder in einem Land, in dem sich der Versicherte zum Unfallzeitpunkt befindet, rechtmäßig zur Ausübung seines Berufs befugt ist.

7) „Krankheit“:

Eine Beeinträchtigung des Gesundheitszustands, der kein Unfall zugrunde liegt und die von einem Arzt diagnostiziert wurde, der entweder in Belgien oder in einem Land, in dem sich der Versicherte zum Zeitpunkt der Feststellung der Krankheit aufhält, rechtmäßig zur Ausübung seines Berufs befugt ist.

8) „Selbstbeteiligung“:

Der Teil der Kosten, den der Versicherte im Leistungsfall auf jeden Fall selbst tragen muss.

9) „Gesetzliche Kostenbeteiligung“:

- für die in Belgien aufgewendeten Kosten: Jede Erstattung, die gemäß den belgischen Rechtsvorschriften über die Pflicht-Kranken- und Invalidenversicherung (Arbeitnehmersystem), Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle erfolgt,
- für die im Ausland aufgewendeten Kosten: Jede Erstattung, die sich aus einem Abkommen der Arbeitnehmersozialversicherung mit dem fraglichen Land ergibt oder, falls kein derartiges Abkommen besteht, ein fiktiver Betrag, der der Erstattung entspricht, die von den für Arbeitnehmer geltenden belgischen Rechtsvorschriften vorgesehen ist.

10) „Kategorie D“:

Die Arzneimittel, die in keiner der sieben Erstattungskategorien¹ aufgeführt sind, werden manchmal Arzneimittel der Kategorie D genannt. Es handelt sich um Arzneimittel, für die keine Erstattung vorgesehen ist. Zum Beispiel Beruhigungs- oder Schlafmittel.

11) „Ambulante Kosten“:

Es handelt sich um nicht im Krankenhausaufenthalt begriffene medizinische Kosten, wenn sich der Versicherte für eine Behandlung zu einem Pflegeanbieter begibt oder wenn der Pflegeanbieter sich zum Versicherten begibt, sowie alle damit verbundenen medizinischen Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

¹ <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>

B. TECHNISCHE BESTIMMUNGEN

Der Ausschreibungsteilnehmer muss ein Angebot gemäß den Bestimmungen dieses Lastenhefts vorlegen. Wie vorstehend festgelegt dürfen keine Varianten vorgelegt werden.

Der Ausschreibungsteilnehmer darf versicherte Personen nicht auf einer individuellen Grundlage ausschließen.

1. Versicherungsschutz

1.1. Krankenhausaufenthalt

Im Fall eines Krankenhausaufenthalts infolge von Krankheit, Unfall, Schwangerschaft oder Entbindung werden die Gesundheitspflegekosten erstattet, sofern diese Behandlungen bei einem Aufenthalt in einem anerkannten Krankenhaus oder einem anerkannten Palliativzentrum erfolgten (siehe auch Punkt 2 – Umfang der vom Versicherer durchgeführten Erstattungen).

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

Im Versicherungsschutz enthalten sein müssen:

- 1) Die Aufenthaltskosten einschließlich der Zuschläge für Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Zuschläge für die Belegung eines Einzelzimmers aus persönlichen Gründen von der Basisdeckung nicht gedeckt werden. Die zum Tagessatz hinzukommenden Zusatzkosten werden von der Basisdeckung nicht gedeckt.
- 2) Die Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Honorarzuschläge bzw. die Zuschläge, die sich aus der Belegung eines Einzelzimmers auf eigenen Wunsch des Versicherten aus persönlichen Gründen ergeben, von der Basisdeckung nicht gedeckt werden.
- 3) Die Kosten für paramedizinische Leistungen.
- 4) Die Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbandsmaterial, medizinisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel.
- 5) Die Kosten für chirurgische Eingriffe und Anästhesie.
- 6) Die Kosten für die Benutzung des Operations- und des Kreissaals.
- 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. Prothesen rein ästhetischer Natur werden nicht erstattet.
- 8) Die medizinischen Kosten für das Neugeborene während des Krankenhausaufenthalts der Mutter nach einer (durch die Versicherung gedeckten) Entbindung, 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 Arzneimittel.

- 11) Wiederherstellende plastische Chirurgie infolge einer Krankheit oder eines Unfalls, die von der Versicherung gedeckt werden.
- 12) In-vitro-Fertilisationsbehandlungen.

1.1.2. Ungeachtet dessen, ob eine gesetzliche Kostenbeteiligung gewährt wird oder nicht

Im Versicherungsschutz enthalten sein müssen:

- 1) die nicht erstattungsfähigen Viszerosynthese- und Endoprothese-Kosten,
- 2) das während eines chirurgischen Eingriffs verwendete Einwegmaterial,
- 3) die nicht erstattungsfähigen und in der Kategorie „D“ des Leistungskatalogs des LIKIV aufgeführten Arzneimittel,
- 4) die Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbandsmaterial, medizinisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel, mit Ausnahme jeder Art von Produkten, die auch im nicht-medizinischen Handel erhältlich sind,
- 5) die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur, die von einem anerkannten Spezialisten durchgeführt werden,
- 6) die Kosten:
 - für den dringenden und geeigneten Transport ins Krankenhaus,
 - für den geeigneten Transport während des Krankenhausaufenthalts, der aus medizinischen Gründen gerechtfertigt ist,
 - für das medizinische Notfallteam,
- 7) die Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer eines minderjährigen Kindes, einschließlich der verlängerten Minderjährigkeit (Rooming-in),
- 8) die verordneten medizinischen Behandlungen wie Massagen, Elektrotherapie, Mechanothérapie, Physiotherapie, Diathermie, Strahlentherapie, Ultraschall usw.,
- 9) die Aufenthaltskosten für den Spender bei einer Organ- oder Gewebetransplantation zugunsten des Versicherten,
- 10) die Aufenthaltskosten in einer Palliativstation,
- 11) die Kosten für die Leichenhalle, die auf der Krankenhausrechnung aufgeführt werden.

1.2. Vor und nach einem Krankenhausaufenthalt

Hierbei handelt es sich um die medizinischen Kosten, die während 60 Tagen vor und 180 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt anfallen und in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen.

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

Im Versicherungsschutz enthalten sein müssen:

- 1) die Kosten für medizinische Leistungen, die infolge eines Arztbesuchs oder einer Konsultation eines Arztes erbracht wurden,

- 2) die Kosten für paramedizinische Leistungen, die vom Arzt verordnet wurden,
- 3) die Kosten für ärztlich verordnete medizinische Heilmittel,
- 4) die Kosten für medizinische Prothesen in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt,
- 5) die Kosten für künstliche Gliedmaßen,
- 6) die medizinischen Kosten und die Behandlungskosten in den Rehabilitationszentren,
- 7) die Kosten für die medizinische Versorgung des Spenders, die direkt mit der Transplantation zugunsten eines stationär aufgenommenen Versicherten verbunden sind,
- 8) die Arzneimittel.

1.2.2. Ungeachtet dessen, ob eine gesetzliche Kostenbeteiligung gewährt wird oder nicht

Im Versicherungsschutz enthalten sein müssen:

- 1) die nicht erstattungsfähigen und in der Kategorie „D“ des Leistungskatalogs des LIKIV aufgeführten Arzneimittel,
- 2) die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur, die von einem anerkannten Spezialisten durchgeführt werden,
- 3) die Kosten für Verbandsmaterial und medizinisches Material, mit Ausnahme jeder Art von Produkten, die auch im nicht-medizinischen Handel erhältlich sind.

1.3. Schwere Krankheiten

Bei den folgenden Krankheiten: Krebs, Leukämie, Tuberkulose, Multiple Sklerose und Amyotrophe Lateralsklerose, Parkinson, Diphtherie, Kinderlähmung, zerebrospinale Meningitis, Pocken, Typhus (Fleckfieber, Paratyphus, typhoides und paratyphoides Fieber), Enzephalitis, Milzbrand, Tetanus, Cholera, Hodgkinkrankheit, Aids, infektiöse oder virale Hepatitis, Röteln, Scharlach, Diabetes, dialysepflichtige Nierenerkrankungen, Morbus Crohn, ulzerös-hämorrhagische Proktokolitis, Mukoviszidose, Lymphogranulomatose, Pankreatitis, Alzheimer, progressive Muskeldystrophie, Colitis ulcerosa, Malaria, Morbus Pompe, Creutzfeld-Jacob-Krankheit, Skrofulose, Brucellose, Sklerodermie, deckt die Versicherung auch die außerhalb des Krankenhauses aufgewendeten Versorgungskosten, die in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

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

Im Versicherungsschutz enthalten sein müssen:

- 1) die Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge,
- 2) die Kosten für paramedizinische Leistungen, die vom Arzt verordnet wurden,
- 3) die Kosten für Spezialbehandlungen, Analysen und Untersuchungen, die aufgrund der Krankheit notwendig sind,
- 4) die Kosten für das Anmieten jeder Art von Material,
- 5) die Kosten für die unmittelbar mit der Krankheit verbundenen medizinischen Prothesen,

- 6) die Arzneimittel.

1.3.2. Ungeachtet dessen, ob eine gesetzliche Kostenbeteiligung gewährt wird oder nicht

Im Versicherungsschutz enthalten sein müssen:

- 1) die nicht erstattungsfähigen und in der Kategorie „D“ des Leistungskatalogs des LIKIV aufgeführten Arzneimittel,
- 2) die Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbandsmaterial, medizinisches Material und sonstige medizinische Hilfsmittel, mit Ausnahme jeder Art von Produkten, die auch im nicht-medizinischen Handel erhältlich sind,
- 3) die homöopathischen Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur, die von einem anerkannten Spezialisten durchgeführt werden,
- 4) die Transportkosten,
- 5) alle anderen Kosten, die der Versicherer vorab genehmigt hat,
- 6) die Kosten für Perücken, verschriebene externe Brustprothesen, bis maximal 1.000 € pro Verschreibung.

Hinweis: Die Kosten für den Aufenthalt auf einer Palliativstation, wenn diese zusätzlich zu den gemäß den Punkten 1.1 und 1.3 gedeckten Leistungen anfallen.

1.4. Hausgeburt, Entbindung in einer Poliklinik und Kosten nach der Entbindung

Diese Versicherung findet ebenfalls Anwendung auf medizinische Kosten in Zusammenhang mit einer Hausgeburt, die von einem vom LIKIV zugelassenen Arzt oder Geburtshelfer durchgeführt wird, sowie einer Entbindung in einer Poliklinik. Folglich muss bei Hausgeburten oder Entbindungen in einer Poliklinik der Versicherungsschutz des weiter oben aufgeführten Kapitels „Vor und nach einem Krankenhausaufenthalt“ ebenfalls greifen, einschließlich der medizinischen Kosten für das Neugeborene.

Unter den Kosten nach der Entbindung sind die Kosten für die Pflege der Mutter im Kindbett zu verstehen, die durch eine anerkannte Einrichtung für postnatale Pflege in Rechnung gestellt werden. Es handelt sich hierbei um die von dieser Einrichtung berechneten Kosten für die häusliche Versorgung der Mutter, des Neugeborenen und der Familie durch eine qualifizierte Hilfe.

Die Kostenbeteiligungen für die Pflege der Mutter im Kindbett sind auf zwölf Kalendertage begrenzt.

Die vorstehende Pflege kann nur gewählt werden, wenn die Mutter diesem System der Krankenhausversicherung beigetreten ist.

2. Umfang der vom Versicherer durchgeführten Erstattungen

Der Versicherer gewährt die Erstattungen:

- 1) Für jede vorgenannte, unter Punkt D.1 aufgeführte Leistung, die zu einer gesetzlichen Kostenbeteiligung führt, muss die Erstattung durch den Dienstleister bis zum dreifachen Betrag der gesetzlichen Beteiligung gewährt werden.

- 2) Für Kosten, für die kein Anspruch auf eine gesetzliche Beteiligung gewährt wird, gilt eine Kostenbeteiligung von bis zu 3.000 € pro Versicherten und pro Kalenderjahr, mit folgenden Maßgaben:
 - die Erstattung der Kosten für den Aufenthalt 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 schwerer Krankheit sind auf eine globale Höchstgrenze von 300 € pro Person und pro Kalenderjahr beschränkt.
- 3) Bei Krankenhausaufenthalt infolge einer psychischen, psychiatrischen oder geistigen Erkrankung erfolgt die Kostenbeteiligung pro Versicherten über einen Zeitraum von 36 Monaten, mit oder ohne Unterbrechung, beginnend mit dem ersten Tag, der Anspruch auf eine gesetzliche Kostenbeteiligung eröffnet.
- 4) Die Beteiligung an den Kosten einer Hausgeburt beläuft sich auf eine Pauschale von 620 € pro Entbindung.
- 5) Die Kostenbeteiligung für die Pflege der Mutter im Kindbett wird während eines Zeitraums von maximal zwölf Kalendertagen und in Höhe von maximal 820 € gewährt.
- 6) Eine Beteiligung von 50 % an den Kosten bis zu 1.250 € pro Person und Kalenderjahr für homöopathische Behandlungen, Akupunktur, Osteopathie und Chiropraktik durch einen ausgewiesenen Spezialisten, falls für diese Leistungen keine gesetzliche Beteiligung vorgesehen ist.
- 7) Fruchtbarkeitsbehandlung: IVF, ICSI und IUI
- 8) Außerklinische Kataraktoperation (bezüglich der außerklinischen Augenchirurgie übernimmt der Versicherer unabhängig von der Art des Implantats, der Kostenbeteiligung der Krankenkasse und der Honorare zu Lasten des Patienten einen Höchstbetrag von 600 € pro Person und pro Eingriff).

3. Wahl der Deckung

Der Hauptversicherte (der den Anspruch auf diese Versicherung begründet) hat die Wahl zwischen der Basisdeckung und der erweiterten Deckung. Diese Wahl muss die gleiche für ihn wie für die unter demselben Dach wohnenden Mitglieder sein.

Diese Wahl kann nur unter folgenden Umständen geändert werden:

- Der Versicherte, der sich für die erweiterte Deckung entschieden hat, hat dennoch die Möglichkeit, durch mindestens drei Monate vor dem jährlichen Fälligkeitstermin gestellten ausdrücklichen Antrag zum jährlichen Fälligkeitstermin in die Basisdeckung zu wechseln. Diese Änderung der Deckungsmodalität gilt ausnahmslos auch für alle versicherten Mitglieder des Haushalts.
- Der Versicherte, der sich für die Basisdeckung entschieden hat, kann nur mit Zustimmung des Versicherers in die erweiterte Deckung wechseln, sofern der Versicherer die Änderung der Deckungsmodalität akzeptiert (die dann für alle versicherten Mitglieder des Haushalts gilt):
 - Bestehende Erkrankungen sind ausgeschlossen.
 - Es gelten die Bestimmungen bezüglich der Wartezeit.

1) Basisdeckung: Gemeinschafts- oder Zweibettzimmer

Diese Deckung deckt auf keinen Fall die mit der Belegung eines Einzelzimmers verbundenen Zuschläge. Diese Versicherung garantiert die Erstattung der im Lastenheft aufgeführten Kosten für Gesundheitspflege nach etwaigem Abzug der gesetzlichen und außergesetzlichen Beteiligungen.

2) Erweiterte Deckung: Einzelzimmer

Der Versicherungsschutz ist vorbehaltlich der folgenden Bestimmungen der gleiche wie bei der Basisdeckung:

- a. Alle Zuschläge sowohl für die Aufenthaltskosten als auch für die Honorare oder Honorarzuschläge bei einem Aufenthalt in einem Einzelzimmer aus persönlichen Gründen werden in Höhe des dreifachen Betrags der gesetzlichen Kostenbeteiligung garantiert.
- b. Die Selbstbeteiligung pro Versicherten und pro Kalenderjahr beläuft sich auf 250 € nur für die in der erweiterten Deckung berücksichtigten Leistungen und folglich nicht für jene, die in der Basisdeckung berücksichtigt werden.

4. Selbstbeteiligung

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

Bei der erweiterten Deckung entfällt die Selbstbeteiligung, wenn der Versicherte freiwillig ein Gemeinschaftszimmer wählt oder wenn kein Einzelzimmer verfügbar ist.

Die Selbstbeteiligung findet keinesfalls bei schweren Krankheiten Anwendung.

Wenn die Selbstbeteiligung auf einen Krankenhausaufenthalt anwendbar ist, der sich ohne Unterbrechung auf zwei aufeinanderfolgende Kalenderjahre erstreckt, wird die Selbstbeteiligung nur ein einziges Mal angewendet.

Wenn mehrere Mitglieder desselben Haushalts, die Versicherungsschutz genießen, gleichzeitig infolge eines Unfalls stationär aufgenommen wurden, wird die Selbstbeteiligung nur ein einziges Mal für alle Haushaltsmitglieder und nicht für jedes Haushaltsmitglied einzeln angewendet.

5. Beginn und Laufzeit der Versicherung

Die Versicherung beginnt am 1. Januar 2026 und läuft sechs Jahre.

Die lokalen und provincialen Verwaltungen, die an diesem Vertrag teilnehmen (siehe Punkt 3 der administrativen Bestimmungen) verpflichten sich für die gesamte Vertragsdauer, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird.

6. Ende der Deckung (Ruhestand, Tod usw.)

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

6.1. Die Hauptversicherten

Die individuelle Deckung des Hauptversicherten endet zum jährlichen Fälligkeitstermin:

- 1) durch die freiwillige Kündigung des Vertrags auf schriftlichen Antrag des Hauptversicherten mittels Einschreiben an den öffentlichen Auftraggeber oder an den Auftragnehmer mindestens drei (3) Monate vor der jährlichen Fälligkeit des Vertrags,
- 2) durch das Ende oder die Auflösung des statutarischen Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und dem öffentlichen Auftraggeber bzw. dem Versicherungsnehmer,
- 3) durch das Ableben des Hauptversicherten,
- 4) bei einem Betrug oder Betrugsversuch seitens des Hauptversicherten,
- 5) durch die Kündigung seitens des Zessionars wegen Nichtzahlung der Prämie.

6.2. Die Mitversicherten

Die individuelle Deckung des Mitversicherten endet zum jährlichen Fälligkeitstermin:

- 1) durch die freiwillige Kündigung des Vertrags auf schriftlichen Antrag des Hauptversicherten mittels Einschreiben an den öffentlichen Auftraggeber oder an den Auftragnehmer mindestens drei (3) Monate vor der jährlichen Fälligkeit des Vertrags,
- 2) durch das Ende oder die Auflösung des statutarischen Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und dem öffentlichen Auftraggeber bzw. dem Versicherungsnehmer, außer wenn der Wechsel vom Status eines Hauptversicherten zu dem eines Mitversicherten zum Zeitpunkt der Versetzung in den Ruhestand erfolgt,
- 3) durch das Ableben des Mitversicherten,
- 4) bei einem Betrug oder Betrugsversuch seitens des Mitversicherten,
- 5) durch die Kündigung seitens des Zessionars wegen Nichtzahlung der Prämie.

Ferner wird die Mitgliedschaft der Familienmitglieder gekündigt, sobald sie nicht mehr die Kriterien der Mitversicherten gemäß Artikel 3 erfüllen.

Im Fall der vorerwähnten Kündigung oder Auflösung des Arbeitsvertrags oder der Arbeitsbedingungen (statutarisch) und wenn die Familienmitglieder nicht mehr die Kriterien der Mitversicherten gemäß Punkt C „Begriffsbestimmungen“ erfüllen, bleibt der Versicherungsschutz unabhängig vom Datum der Zustellung der Kündigung erhalten und die Prämie ist bis zum 31. Dezember des laufenden Versicherungsjahres zahlbar, wenn der Versicherte dies wünscht.

Möchte der Versicherte seine Mitgliedschaft vorzeitig beenden, muss er dies dem Auftragnehmer innerhalb eines Monats nach diesem Ereignis per Brief mitteilen.

7. Gesetz vom 20. Juli 2007 (Verwilghen-Gesetz)

Jeder Versicherte kann im Fall des Verlusts der kollektiven Deckung eine individuelle Versicherung zur Gesundheitspflege abschließen. In diesem Zusammenhang kommt er in den Genuss der folgenden Vorteile:

- der individuelle Vertrag unterliegt weder medizinischen Formalitäten noch Wartezeiten,
- beim Abschluss des individuellen Vertrags werden weder zusätzliche Ausschlüsse bestehender Erkrankungen noch zusätzliche medizinische Einschränkungen angewendet,
- die zu zahlende Prämie entspricht dem individuellen Tarif gemäß seinem Alter zum Zeitpunkt des Beitritts zu einer individuellen Versicherung,
- die auf die Weiterführung anwendbaren allgemeinen Bedingungen sind jene, die auf individuelle Verträge angewendet werden; diese werden allerdings unter Berücksichtigung der vorgenannten Vorteile angepasst.

7.1. Vom Versicherungsnehmer zu übermittelnde Informationen

Spätestens 30 Tage nach Verlust der kollektiven Deckung informiert der Versicherungsnehmer den Hauptversicherten schriftlich oder auf elektronischem Weg:

- über das genaue Datum des Verlusts der kollektiven Versicherung,
- über die Möglichkeit der individuellen Weiterführung der Versicherung, - über die Kontaktdaten des Dienstleisters,
- über die Frist von 30 Tagen, innerhalb der der Hauptversicherte und gegebenenfalls der Mitversicherte das Recht auf individuelle Weiterführung ausüben können; diese Frist läuft ab dem Eingangsdatum des vom Versicherungsnehmer gesendeten Schreibens.

7.2. Voraussetzungen für die Gewährung

Diese Vorteile erhalten sowohl der Hauptversicherte als auch etwaige Mitversicherte, falls die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

a) Während der letzten beiden Jahre vor Verlust des kollektiven Versicherungsschutzes muss der Hauptversicherte ununterbrochen einem oder mehreren aufeinanderfolgenden Verträgen zur Gesundheitspflege angeschlossen gewesen sein, die bei einem anerkannten Versicherer abgeschlossen wurden.

b) Die vorgenannte Voraussetzung ist im Fall von Versetzung in den Ruhestand, vertraglicher Frühpension oder Ableben nicht auf Hauptversicherte und etwaige Mitversicherte anwendbar, sofern der Beitritt zu dem Zeitpunkt registriert wurde, an dem die Beitrittsvoraussetzungen erfüllt waren.

c) Diese Voraussetzung ist im Fall von Scheidung ebenfalls nicht auf etwaige Mitversicherte anwendbar und auch nicht auf Kinder, die die Beitrittsvoraussetzungen nicht mehr erfüllen, sofern der Beitritt zu dem Zeitpunkt registriert wurde, an dem die Beitrittsvoraussetzungen erfüllt waren.

d) In den unter Punkt b genannten Fällen muss der Antrag alle Versicherten derselben Familie betreffen, die den Anspruch auf die kollektive Versicherung zum selben Zeitpunkt verlieren.

- e) Der Antrag auf individuelle Versicherung muss schriftlich oder auf elektronischem Weg innerhalb von 30 Tagen ab dem Eingangsdatum der vom Versicherungsnehmer bzw. bei Konkurs oder Liquidation vom Konkursverwalter oder Liquidator übermittelten Informationen über die Möglichkeit, den Vertrag individuell weiterzuführen, gestellt werden. Zu diesem Zweck wird der Dienstleister spezielle Unterlagen bereitstellen.
- f) Der individuelle Vertrag muss zu dem Zeitpunkt wirksam werden, zu dem die Mitgliedschaft beim kollektiven Vertrag zur Gesundheitspflege endet.
- g) Verliert ein Mitversicherter den Anspruch auf die kollektive Versicherung aus einem anderen Grund als aus dem Verlust des Versicherungsanspruchs seitens des Hauptversicherten, verfügt er über eine Frist von 105 Tagen, um die individuelle Weiterführung zu beantragen. Diese Frist läuft ab dem Zeitpunkt, zu dem das Familienmitglied den Anspruch auf die kollektive Versicherung verliert.
- h) Das Recht auf individuelle Weiterführung verliert sowohl für den Hauptversicherten als auch für den Mitversicherten in jedem Fall seine Wirkung, wenn die Weiterführung nicht innerhalb von 105 Tagen ab dem Zeitpunkt, zu dem der Hauptversicherte oder der Nebenversicherte den Anspruch auf die kollektive Deckung verloren hat, beim betreffenden Dienstleister beantragt wurde.
- i) Der Dienstleister muss dem Hauptversicherten und gegebenenfalls dem Mitversicherten innerhalb von 15 Tagen schriftlich oder auf elektronischem Weg ein Versicherungsangebot unterbreiten. In diesem Zusammenhang kann die Tatsache, dass der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, nicht angeführt werden.
- j) Gleichzeitig mit seinem Angebot informiert der Dienstleister den Hauptversicherten und gegebenenfalls den Mitversicherten über die Deckungsbedingungen und insbesondere über die gedeckten Leistungen, die Ausschlüsse und die Meldefrist. Zudem informiert der Dienstleister den Hauptversicherten und gegebenenfalls den Mitversicherten über die ihnen zustehende Frist von 30 Tagen, um das Angebot schriftlich oder auf elektronischem Weg anzunehmen.
- k) Dem Hauptversicherten und gegebenenfalls dem Mitversicherten steht eine Frist von 30 Tagen zu, um das Versicherungsangebot schriftlich oder auf elektronischem Weg anzunehmen. Diese Frist läuft ab dem Eingang des Angebots des Dienstleisters. Mit Ablauf dieser Frist endet das Recht auf individuelle Weiterführung.
- l) Der Versicherungsschutz der individuellen Versicherung entspricht dem des kollektiven Vertrags.

8. Kontrolle und Supervision des Vertrags

Kontrolle und Supervision dieses Loses obliegen Frau Marie-Françoise RAPPE, Beraterin, – Tel.02/529 39 73, beim Kollektiven Sozialdienst (für die provinziellen oder lokalen Verwaltungen).

C. Pläne der (ambulanten + zahnärztlichen) Zusatzversorgung

Die unten aufgeführten Selbstbeteiligungen, Grenzen und Wartezeiten sind Maximalbestimmungen und können vom Dienstleister nach Abstimmung mit dem leitenden Dienst zu Vertragsbeginn angepasst werden.

1. Beitrittsvoraussetzungen

Der Beitritt ist mit der Krankenhausversicherung verbunden und betrifft ausschließlich die erwerbstätigen Mitglieder des Personals und die Personen, die als Mitversicherte beitreten können. Bedienstete im Ruhestand und deren Mitversicherte fallen nicht unter diese Zusatzversorgungssysteme.

Der gesamte administrative Prozess bezüglich der Versorgungspläne läuft ausschließlich zwischen dem Dienstleister und dem Personalmitglied ab. Die Personalabteilungen oder deren Vertreter der Sozialdienste sind an der weiteren Betreuung des Vorgangs nicht beteiligt, sofern es der Versicherungsnehmer nicht ausdrücklich verlangt.

Die gesamte Korrespondenz und die Kontakte erfolgen auf individueller Basis.

Der Beitritt neuer Versicherter ist während der gesamten Vertragslaufzeit möglich, wobei die Versicherten etwaige Grenzen und Wartezeiten berücksichtigen müssen und ebenfalls der vorgenannten kollektiven Krankenhausversicherung beigetreten sein müssen.

Beim Vertragsübergang beim Auslaufen dieses Vertrags verpflichtet sich der Dienstleister, dem leitenden Dienst eine Namensliste der mit der jeweiligen Einheit verbundenen Personen zu übermitteln, die die Versorgungspläne abgeschlossen haben. Diese Liste ist dem leitenden Dienst spätestens fünf (5) Monate vor Vertragsende zu übermitteln.

2. Versicherungsschutz und Grenzen

2.1. Allgemeines

Erstattung von 80 % oder 50 % der Selbstbeteiligung für die folgenden Kosten mit einer Obergrenze von 1.250 € pro Jahr und pro Versicherten.

Wird eine Selbstbeteiligung angegeben, darf sie 75 € pro Jahr nicht überschreiten.

2.2. Plan für zahnärztliche Versorgung

Einerseits ist für die Kinder (bis einschließlich 24 Jahre, die beim Hauptversicherten wohnen) und andererseits für die Erwachsenen (unabhängig davon, ob es sich um Haupt- oder Mitversicherte handelt) eine Jahresprämie für ein zahnärztliches Versorgungssystem anzugeben, das den folgenden Versicherungsschutz umfasst, um die folgenden Kosten nach Abzug aller gesetzlichen oder außergesetzlichen Beteiligungen (mindestens 80 % der Selbstbeteiligung) zurückzuerstatten.

Auf diesen Plan ist keine Pauschale/Selbstbeteiligung anwendbar.

- Zahnarztbesuch zur Extraktion und zur Zahnpflege,
- Röntgen,
- Zahnbehandlungen, kieferorthopädische, parodontologische und präventive Behandlungen, Kronen und Zahnprothesen.

Die Leistungen können ab dem Zeitpunkt des Beitritts progressiven Erstattungsgrenzen unterliegen: 250 € im ersten, 500 € im zweiten und 1.250 € im dritten Jahr.

2.3. Plan für ambulante Versorgung

Einerseits ist für die Kinder (bis einschließlich 24 Jahre, die beim Hauptversicherten wohnen) und andererseits für die Erwachsenen (unabhängig davon, ob sie Haupt- oder Mitversicherte sind) eine Jahresprämie für einen ambulanten Versorgungsplan mit dem folgenden Versicherungsschutz anzugeben, um die folgenden Kosten nach Abzug aller gesetzlichen oder außergesetzlichen Beteiligungen (mindestens 50 oder 80 % der Selbstbeteiligung) zurückzuerstatten:

2.3.1. Kostenbeteiligung von mindestens 80 % der Selbstbeteiligung

- die Kosten in Verbindung mit ärztlichen Konsultationen,
- verordnete Arzneimittel und von einer Apotheke ausgegebene Verbände, - paramedizinische Behandlungen (Krankenpfleger, Kinesiotherapeut, Physiotherapeut, Ernährungsberater, Podologe, Logopäde, Psychologe usw.),
- medizinische Untersuchungen, Röntgen- oder Laboruntersuchungen,
- medizinische Prothesen (wie Hörgeräte), orthopädische Hilfsmittel und künstliche Gliedmaßen, Bandagen und Schienen,
- die Optikerkosten:
 - o die Brillenkosten (mit einem Höchstbetrag von 100 € für die Fassungen),
 - o die Kosten für Brillengläser: Die Leistungen können ab dem Zeitpunkt des Beitritts progressiven Erstattungsgrenzen unterliegen: 250 € im ersten, 500 € im zweiten und 1.250 € im dritten Jahr,
 - o die Kosten für Kontaktlinsen,
- - die Zahnbehandlungskosten:
 - o Zahnarztbesuch zur Extraktion und zur Zahnpflege,
 - o Röntgen,
 - o Zahnbehandlungen, kieferorthopädische und parodontologische Behandlungen, Kronen und Zahnprothesen: Die Leistungen können ab dem Zeitpunkt des Beitritts progressiven Erstattungsgrenzen unterliegen: 250 € im ersten, 500 € im zweiten und 1.250 € im dritten Jahr.

2.3.2. Kostenbeteiligung von mindestens 50 % der Selbstbeteiligung

- Osteopathie, Chiropraktik, Homöopathie und Akupunktur,
- homöopathische Arzneimittel.

3. Wartezeiten

Während des Zeitraums zwischen dem Antrag und dem tatsächlichen Beitritt ist keine Prämie fällig.

Allgemeine Wartezeit von sechs (6) Monaten (oder zehn (10) Monaten) ab dem tatsächlichen Beitritt.

Bei denjenigen, die nicht innerhalb von drei (3) Monaten ab Vertrags- oder Einstellungsbeginn beitreten, wird eine Wartezeit von zehn (10) Monaten angewendet.

Bei den folgenden Leistungen gibt es eine spezielle zusätzliche Wartezeit (also nach der allgemeinen Wartezeit):

- Brillen und Linsen: zwei (2) Monate
- Hörgeräte: sechs (6) Monate
- Parodontalbehandlungen; Prothesen, Brücken, Kronen, Implantate: sechs (6) Monate
- Kieferorthopädische Behandlungen: sechzehn (16) Monate

4. Nichterstattung – Ausschlüsse

Leistungen infolge:

- eines Selbstmordversuchs oder einer Selbstverstümmelung,
- einer Intoxikation infolge von Drogenkonsum, Medikamentenmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Trunkenheit,
- einer vorsätzlichen Handlung,
- einer Sterilisation, einer Empfängnisverhütung,
- einer Schönheitsoperation (mit Ausnahme der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie infolge einer Krankheit oder eines Unfalls),
- von Unfällen oder Krankheiten, die nicht durch eine ärztliche Untersuchung überprüft werden können.

D. TECHNISCHE BESTIMMUNGEN

1. Informationskampagnen

Der Auftragnehmer muss an einer Informationskampagne teilnehmen, die an die Versicherten gerichtet ist.

Es sind eine digitale Broschüre und eine Papierbroschüre auf Niederländisch, Französisch und Deutsch zu liefern.

2. Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

Es gibt jedoch Länder, mit denen die belgischen Krankenkassen keine Erstattungsabkommen 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 der der Krankenkasse entspricht (Kranken- und Invalidenversicherung - Abteilung Gesundheitspflege - System der Arbeitnehmer).

3. Terrorismus

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 Terrorschäden (MB 15. Mai 2007) definiert wird.

4. Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Versicherungsfälle, die eingetreten sind infolge:

- 1) Eines Unfalls oder einer Krankheit, die nicht durch eine ärztliche Untersuchung kontrolliert werden kann.
- 2) Einer ästhetischen Behandlung oder einer Behandlung zwecks Verjüngung; die Kosten für plastisch-rekonstruktive Chirurgie, die durch eine berücksichtigte Erkrankung oder einen berücksichtigten Unfall entstanden sind, werden jedoch übernommen.
- 3) Von Krankheiten oder Unfällen, die der Versicherte erlitten hat:

Im Zustand der Trunkenheit, Alkoholvergiftung oder unter Einfluss von Drogen, Narkotika oder Betäubungsmitteln, die ohne ärztliche Verordnung eingenommen wurden, es sei denn,

- i. es wird nachgewiesen, dass es keinen Kausalzusammenhang zwischen der Krankheit oder dem Unfall und deren bzw. dessen Umständen gibt,
- ii. der Versicherte kann nachweisen, dass er unwissend Getränke oder Betäubungsmittel zu sich genommen hat oder dass er von einem Dritten dazu gezwungen wurde.

Durch Alkoholismus, Drogenabhängigkeit oder Medikamentenmissbrauch.

Einer Sterilisation, Empfängnisverhütung außer aus dringenden medizinischen Gründen.

Von Thermalkuren außer aus dringenden medizinischen Gründen.

Eines Kriegsgeschehens, ungeachtet der Tatsache, ob der Versicherte als Zivilist oder Soldat davon betroffen ist; von inneren Unruhen oder Aufständen, es sei denn, der Versicherte hat sich nicht aktiv daran beteiligt oder er hat aus Notwehr gehandelt.

Der Ausübung eines Luftsports oder eines Sports, bei dem ein Motorfahrzeug benutzt wird, sowie der Ausübung irgendeines Sports gegen Vergütung.

Einer vorsätzlichen Handlung seitens des Versicherten, sofern er nicht den Nachweis erbringt, dass es sich um die Rettung von Personen oder Sachen handelte; von Verbrechen und Vergehen, die der Versicherte begangen hat; von leichtfertigen Handlungen, Wetten oder Herausforderungen.

Eines Schadensfalls infolge der Nutzung von Kernenergie, die unter die Anwendung des Pariser Übereinkommens (Gesetz vom 22. Juli 1985) oder anderer gesetzlicher Bestimmungen fällt, die dieses Gesetz ersetzen, ändern oder ergänzen.

Von absichtlicher Verstümmelung oder eines Selbstmordversuchs.

Von Unfällen, wenn der Versicherte bei einem Lufttransport Teil der Besatzung ist oder während des Flugs eine berufliche oder andere Tätigkeit in Zusammenhang mit dem Flugzeug oder dem Flug ausübt.

5. Beitritt und Wartezeit

5.1. Beitritt

Der Versicherungsnehmer übermittelt dem Versicherer vorab die Situation zum 1. Januar jedes Jahres, die Namensliste (Namen, Vornamen, Geburtsdatum) der zu versichernden Personen.

Der Versicherungsnehmer übermittelt ebenfalls:

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

Sie treten mittels des zu diesem Zweck vorgesehenen Beitrittsformulars bei. Das ordnungsgemäß ausgefüllte Formular ist an die Personalabteilung des öffentlichen Auftraggebers bzw. Versicherungsnehmers zu senden, die es anschließend an den Versicherer weiterleitet.

5.2. Wartezeit und Vorerkrankungen

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

5.2.1. Die Hauptversicherten, deren Prämie vollständig vom öffentlichen Auftraggeber bzw. Versicherungsnehmer übernommen wird und deren Mitversicherte

Es gibt keine Wartezeit, keinen medizinischen Fragebogen und keine ärztliche Untersuchung. Der Versicherungsschutz beginnt am Datum des Dienstantritts, sofern das Beitrittsformular innerhalb von drei (3) Monaten übersandt wurde. Ist dies nicht der Fall, beginnt der Versicherungsschutz am ersten Tag des Monats nach jenem, in dessen Verlauf das Formular übersandt wird.

Diese Bestimmung gilt sowohl für die Hauptversicherten, die bei Inkrafttreten dieses Versicherungsvertrags im Dienst sind, als auch für die Hauptversicherten, die zu einem späteren Zeitpunkt in den Dienst eintreten.

5.2.2. Die Hauptversicherten, deren Prämie nicht oder nur teilweise vom öffentlichen Auftraggeber bzw. Versicherungsnehmer übernommen wird und deren Mitversicherte

- 1) Der Versicherungsschutz beginnt ab dem ersten Tag des Monats nach jenem, in dessen Verlauf dieses Formular übersandt wird.

Es gibt keinen medizinischen Fragebogen bzw. keine ärztliche Untersuchung.

Die allgemeine Wartezeit beträgt DREI MONATE.

Diese Wartezeit gilt jedoch nicht in folgenden Fällen:

- i. für die Versicherten einer neu dieser Versicherung beigetretenen provinziellen oder lokalen Verwaltung, sofern sie ihren Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Beitritt der neuen Verwaltung zu dieser kollektiven Versicherung bestätigen,
- ii. für neu in den Dienst eingetretene Hauptversicherte und deren Familien, sofern der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis erfolgt,
- iii. bei Unfall,
- iv. bei folgenden akuten ansteckenden Krankheiten: Scharlach, Masern, Windpocken, Röteln, Diphtherie, Keuchhusten, Mumps, Kinderlähmung, zerebrospinale Meningitis, Dysenterie, typhoides und paratyphoides Fieber, Fleckfieber, Cholera, Pocken, Malaria, Rückfallfieber, Enzephalitis, Milzbrand und Tetanus,
- v. bei Heirat für den Ehegatten oder den eingetragenen Partner (ab dem Datum der eingetragenen Partnerschaft) und bei Geburt für das Neugeborene einer bereits versicherten Person, sofern der Beitritt innerhalb von drei Monaten nach dem Ereignis erfolgt.

Unbeschadet der Anwendung der in Punkt 3 vorgesehenen dreimonatigen Wartezeit unterliegt die Beteiligung des Versicherers an den Kosten in Verbindung mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung der Voraussetzung, dass die Schwangerschaft nach dem Wirksamwerden des Versicherungsschutzes zugunsten der betroffenen Person begonnen hat.

Abweichend zu den Punkten 3 und 4 gilt keine Wartezeit für Personen, die bereits vorher eine Versicherung mit ähnlichen Leistungen besaßen, sofern seit Beitritt dieser Personen zu dieser Versicherung drei Monate vergangen sind und es zu keiner Deckungsunterbrechung zwischen den beiden Verträgen gekommen ist. Wenn sich der Antrag auf Kostenbeteiligung ferner auf Kosten in Verbindung mit einer Schwangerschaft oder einer Entbindung bezieht, werden die sich aus diesem Vertrag ergebenden Leistungen nur dann gewährt, wenn die Schwangerschaft nach dem Beitritt der Begünstigten zur vorherigen Versicherung begonnen hat.

Hinweis: Verfahren für den Wechsel von einer Versicherung zur anderen

Die Personen oder Haushalte, die bereits einen Versicherungsvertrag haben, der einen gleichartigen Versicherungsschutz bietet, können nach Ablauf der laufenden Police ohne Anwendung der Wartezeit zur kollektiven Versicherung wechseln. 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 notwendigen Schritte zur Kündigung der laufenden Versicherung zu unternehmen.

5.2.3. Wechsel vom Hauptversicherten zum Mitversicherten

Der Wechsel vom Status eines erwerbstätigen Hauptversicherten zu dem eines nicht erwerbstätigen Hauptversicherten bei der Versetzung in den Ruhestand erfolgt ohne Wartezeit, ohne medizinischen Fragebogen und ohne ärztliche Untersuchung. Bei diesem Wechsel darf dieser Vertrag nicht unterbrochen werden.

5.2.4. Witwen und Witwer

Im Todesfall des **erwerbstätigen oder bereits pensionierten** Hauptversicherten können die bereits versicherten Mitglieder seines Haushalts weiterhin die Deckung dieses Vertrags in Anspruch nehmen.

Diese Aufrechterhaltung erfolgt ohne Deckungsunterbrechung, sofern die betreffenden Personen ihren Antrag innerhalb von drei Monaten nach dem ersten darauffolgenden jährlichen Fälligkeitstag schriftlich beim Versicherer einreichen.

5.2.5. Vorerkrankungen

- 1) Die Leistungen werden den Versicherten nicht gewährt, wenn die Existenz der Beschwerden, der Krankheit, der Invalidität, der Schwangerschaft oder der Entbindung, für die die Kostenbeteiligung der Versicherung gefordert wird, vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Bevollmächtigten am Tag des Beitritts zu dieser Police nicht ignoriert werden konnte, auch wenn die ersten Symptome das Stellen einer genauen Diagnose nicht erlaubt haben.
- 2) Abweichend zum vorstehenden Punkt 1) sind für die Personen, deren Beitritt zu dieser Police fakultativ ist und die bis zu dem Tag, an dem sie dieser Police beitreten, bereits einen Versicherungsschutz mit denselben Leistungen besaßen, Beschwerden, Krankheiten, Unfälle, Invalidität, Schwangerschaften oder Entbindungen, für die der Versicherte bereits im Rahmen seiner vorherigen Deckung abgedeckt war, gedeckt, sofern der Beitritt zu dieser Police innerhalb von drei Monaten nach dem ersten jährlichen Fälligkeitstag der vorherigen Deckung erfolgte. Wenn diese Personen dieser Police mehr als drei Monate nach dem ersten jährlichen Fälligkeitstag ihrer vorherigen Deckung beitreten, gelten die unter dem vorstehenden Punkt 1) aufgeführten Bestimmungen.

6. Zahlung der Prämie

Der Versicherungsschutz wird gegen Zahlung einer jährlich erhobenen Jahresprämie gewährt. Wenn der Versicherte dies beantragt, muss die Möglichkeit der vierteljährlichen Prämienzahlung vorgesehen werden.

Erreicht ein Hauptversicherter oder ein Mitversicherter eine Altersgrenze, aufgrund der ein Wechsel von einer Kategorie in eine andere erfolgt, bleibt der Tarif bis zum Ende des Kalenderjahres unverändert. Dies ist auch der Fall, wenn ein Versicherter den Status wechselt (von „erwerbstätig“ zu „nicht erwerbstätig“).

Hinweis: Die für die Hauptversicherten der Kategorie „von 50 bis einschließlich 67 Jahren“ geltenden Prämienhöhen gelten weiterhin für die Hauptversicherten, die über das Alter von 67 Jahren hinaus erwerbstätig sind.

7. Schadensverwaltung und administrative Unterstützung

7.1. Meldung – Pflichten im Schadensfall

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

- 1) per Internet,
- 2) per elektronisches Terminal (elektronisches Drittzahlersystem), sofern das Krankenhaus damit ausgestattet ist,
- 3) oder, wenn das ihn aufnehmende Krankenhaus nicht mit einem Terminal ausgestattet ist oder wenn das elektronische Drittzahlersystem nicht gewährt werden kann, schnellstmöglich schriftlich mithilfe eines hierfür vorgesehenen Dokuments.

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

7.2. 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 **innerhalb von zwanzig Werktagen** abzüglich:

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

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

Dieses elektronische Drittzahlersystem 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 im Versicherungsschutz enthalten sind (zum Beispiel – nicht abschließend – Telefonkosten, Miete eines Fernsehers, Selbstbeteiligung). Der Versicherer kann die nicht gedeckten Kosten direkt vom Versicherten einfordern. Der Versicherte verpflichtet sich, die vom Versicherer übermittelte Kostenrechnung innerhalb von zwanzig Werktagen nach Erhalt zurückzubezahlen. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückzahlung, kann der Versicherer ein Verfahren gegen den Versicherten einleiten. Es wird darauf hingewiesen, dass die ausbleibende Rückzahlung der dem Versicherer geschuldeten Beträge zum Wegfall des Drittzahlersystems führen kann.

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

8. Individuelle Weiterführung der kollektiven Versicherung in Verbindung mit der Berufstätigkeit

Außer bei Nichtzahlung der Prämie und allgemein bei Betrug hat jede einer kollektiven Versicherung beigetretene Person (unter bestimmten Voraussetzungen²) das Recht, diese Versicherung individuell weiterzuführen, wenn sie den Anspruch auf die kollektive Versicherung verliert (zum Beispiel bei Arbeitgeberwechsel, Entlassung, Pensionierung usw.), ohne sich zu dem Zeitpunkt einer weiteren ärztlichen Untersuchung unterziehen oder einen medizinischen Fragebogen ausfüllen zu müssen. Eine neue Wartezeit darf nicht auferlegt werden.

Dieses Recht besteht sowohl für den Hauptversicherten als auch für seine Familienmitglieder.

9. Preisänderung

Die Prämien sind für die ersten beiden Jahre des Vertrags fix.

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

Die Mitteilung der Anpassung der Sätze und der neuen Preise ist dem öffentlichen Auftraggeber oder dem Teilnehmer vor dem 31. August schriftlich zur Genehmigung vorzulegen.

Ab Januar 2028 werden die Prämien am 1. Januar jedes Jahres auf der Grundlage des globalen medizinischen Index „Versicherungsschutz Einzelzimmer“ und „Versicherungsschutz Zweibettzimmer und Gemeinschaftszimmer“ angepasst. 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.

9.1. Basisdeckung

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Wobei

n: das Jahr, für das die Prämienänderung berechnet wird

P_n: Höhe der Prämie im Laufe des Jahres n

P_o: Höhe der Prämie im Jahr 2027

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

MI2 (n-1): globaler medizinischer Index Zweibett- und Gemeinschaftszimmer des Jahres n-1

MI2o: globaler medizinischer Index Zweibett- und Gemeinschaftszimmer des Jahres 2027

9.2. Erweiterte Deckung

$$P_n = P_o \times (MI2(n-1) / MI2o)$$

Wobei

n: das Jahr, für das die Prämienänderung berechnet wird

P_n: Höhe der Prämie im Laufe des Jahres n

P_o: Höhe der Prämie im Jahr 2027

MI2 (n-1): globaler medizinischer Index Einzelzimmer des Jahres n-1

MI2o: globaler medizinischer Index Einzelzimmer des Jahres 2027

10. Pflichten des öffentlichen Auftraggebers und der Versicherungsnehmer

Der öffentliche Auftraggeber bzw. der Versicherungsnehmer:

- informiert den Dienstleister über die bestehende Kostenbeteiligungspolitik innerhalb der Organisation, nämlich über den Anteil der Prämie, die der Versicherungsnehmer übernimmt und den, der direkt zu Lasten der Versicherten geht,
- benennt einen festen Ansprechpartner innerhalb der Verwaltung (pro öffentlicher Auftraggeber oder Versicherungsnehmer), der die Mittlerrolle übernimmt und für die Abwicklung und Erfüllung des Vertrags verantwortlich ist,
- informiert seine Personalmitglieder, einschließlich der neuen Mitarbeiter, über das Bestehen des Vertrags, um ihnen die effektive Möglichkeit zu geben, diesem beizutreten, indem er ihnen die notwendigen Unterlagen (Informationsbroschüren, Beitrittsformulare usw.) zur Verfügung stellt,
- kann im Streitfall oder bei Konflikten auf Antrag des Versicherten als Mittler zwischen dem Versicherten und dem Dienstleister fungieren,
- übermittelt dem Dienstleister auf Antrag des Versicherten oder auf eigene Initiative die erforderlichen Informationen zur Anmeldung neuer Versicherter, bei Änderungen der Familienzusammensetzung oder der beruflichen Situation (Geburten, Hochzeiten usw.),
- zahlt jährlich den Teil der von ihm übernommenen Prämie.

11. Pflichten des Versicherten

Der Versicherte:

- zahlt jährlich (oder vierteljährlich) seinen Prämienanteil,
- muss alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um Schadensfolgen vorzubeugen und zu begrenzen,

- muss dem Helpdesk des Dienstleisters den geplanten Krankenhausaufenthalt mitteilen, wenn er vorab über einen Eingriff informiert wird,
- muss, wenn das Drittzahlersystem nicht angewendet wird (insbesondere, weil das Krankenhaus das Drittzahlersystem 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 zweckmäßigen Unterlagen, Meldungen 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.).

12. Pflichten des Auftragnehmers

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

12.1. Während der Anfangsphase des neuen Vertrags:

Der Auftragnehmer:

- 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 speziellen Ansprechpartner für die Verantwortlichen des Vertrags der Versicherungsnehmer, an den sich bei Fragen zu wenden ist, die nicht an den Helpdesk gerichtet werden können, oder wenn während der Vertragserfüllung andere Fragen oder Probleme gelöst werden müssen,
- erarbeitet für jeden Dienst des Versicherungsnehmers zusammen mit dem Verantwortlichen des Vertrags beim betreffenden Dienst einen detaillierten Informations- und Kommunikationsplan. Die Kosten bezüglich der konkreten Ausarbeitung dieses Plans (Erstellung von Informationsbroschüren und -unterlagen, Organisation von Informationsveranstaltungen usw.) und der späteren Unterstützung einer Informationskampagne gehen zu Lasten des Dienstleisters,
- richtet einen Helpdesk ein, an den sich die Versicherten und potenziellen Versicherten jederzeit (während der Bürozeiten) in ihrer eigenen Sprache (Niederländisch, Französisch, Deutsch) wenden können, um verschiedene Informationen bezüglich der Vertragsbedingungen, der Beitrittsmöglichkeiten, der Übertragbarkeit von Verträgen und Policen, der Zahlung von Rechnungen und Schadensfällen zu erhalten,
- verpflichtet sich, jedem potenziellen Kunden, der gemäß diesem besonderen Leistungsheft einen Versicherungsvertrag abschließen kann, eine Dokumentation vorzulegen, welche die Tarife und Vertragsbedingungen enthält, - richtet einen Helpdesk ein, an den sich die Versicherten und potenziellen Versicherten jederzeit (während der Bürozeiten) in ihrer eigenen Sprache (Niederländisch, Französisch, Deutsch) wenden können, um verschiedene Informationen bezüglich der Vertragsbedingungen, der Beitrittsmöglichkeiten, der Übertragbarkeit von Verträgen und Policen, der Zahlung 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 usw.),

- übergibt allen Versicherten individuelle Ausweise, mit denen das „Drittzahlersystem“ angewendet werden kann. Eine genaue und vollständige Beschreibung dieses Systems sowie eine Liste der Krankenhäuser, in denen dieses System angewendet wird, ist an alle Versicherungsnehmer und Versicherten auszugeben,
- verpflichtet sich, die laufenden Schadensvorgänge zu übernehmen.

12.2. Während der Vertragsdauer:

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

- Der Auftragnehmer:
- übermittelt die in Punkt F.13 geforderten Unterlagen,
- informiert die Versicherten und die potenziellen Versicherten über die Vertragsbedingungen sowie über die Möglichkeit der vierteljährlichen Prämienzahlung,
- stellt den Versicherten während der gesamten Vertragsdauer den Helpdesk zur Verfügung,
- verwaltet die Beziehungen zu den individuell betrachteten Versicherten,
- darf eine Deckung von Versicherten nicht ablehnen, es sei denn, diese haben betrügerisch ihre Pflichten nicht erfüllt,
- weist die Betroffenen und den Versicherungsnehmer sofort auf etwaige Probleme beim Beitritt oder bei der Erfüllung hin,
- stellt den Haupt- und Mitversicherten jährlich ihren Anteil an der Prämie in Rechnung,
- übersendet jedem Versicherungsnehmer jährlich eine Gesamtrechnung seines Prämienanteils, zusätzliche Teilrechnungen für die neu Beigetretenen zusammen mit einer Beschreibung zu Kontrollzwecken, sowie die zweckmäßigen Statistiken bezüglich des Vertrags,
- erstattet schnellstmöglich und auf alle Fälle innerhalb **einer Frist von 20 Werktagen** die Krankenhauskosten an die Krankenhäuser bzw. an die individuellen Versicherten,
- legt dem leitenden Dienst wichtige Probleme bezüglich der Auslegung oder bezüglich von Streitfällen vor.

13. Unterlagen und Statistiken

Der Auftragnehmer verpflichtet sich, in einer oder mehreren elektronischen Dateien die folgenden Angaben an den leitenden Dienst zu übermitteln:

13.1. Jährlich

- 1) vor dem 1. März jedes Jahres eine Gesamtstatistik der Schäden und Prämien des Vorjahres (erstmalig 2027),
- 2) jährlich und spätestens Ende Juni jedes Jahres einen Bericht mit den Statistiken, Trends und Informationen, die die Verfolgung und Evaluierung des Vertrags ermöglichen.
Diese Informationen sind in elektronischer Form (mit MS Windows kompatible Tabelle) zu übermitteln. Dieser Bericht führt pro Dienst unter anderem die Anzahl der Versicherten nach Kategorie, eine Übersicht über die vereinnahmten Prämien und eine detaillierte Übersicht über die regulierten Schadensfälle auf.

13.2. Monatlich

- 1) Eine Übersicht über die Zahlungen der Versicherungsnehmer

13.3. Auf Antrag

- 1) Eine detaillierte Prüfung mit Nennung der Anzahl der versicherten Personen nach Kategorie (Basisdeckung, erweiterte Deckung und nach Alterskategorie).

13.4. Bei Vertragsende

- 1) Ein Evaluierungsbericht zum Vertragsablauf, sowie zu den Merkmalen und Besonderheiten. Dieser Bericht enthält unter anderem eine Übersicht pro Vertragsjahr über die Versichertenzahl nach Dienst und nach Kategorie sowie eine Übersicht über die Schadenslast.

Zudem verpflichtet sich der Auftragnehmer, dem Auftraggeber und dem neuen Auftragnehmer in einem elektronischen Format (mit Windows oder gegebenenfalls anderen Betriebssystemen kompatible Tabelle) alle Informationen zu übermitteln, die sich auf den kollektiven Versicherungsvertrag beziehen, damit der Übergang der Versicherung auf den künftigen Auftragnehmer reibungslos verläuft. Diese Informationen enthalten unter anderem alle Namen und Anschriften der dieser beigetretenen Hauptversicherten und Mitversicherten usw.

14. Vertragsstrafen

Es sind die Vertragsstrafen gemäß den allgemeinen Ausführungsregeln anwendbar.

15. Fortsetzung der offenen Vorgänge (Übernahme am 1.1.2026)

Der Ausschreibungsteilnehmer, dem der Zuschlag für den Auftrag erteilt wird, ist verpflichtet, die auf der Basis der aktuellen kollektiven Krankenhausversicherung offenen Vorgänge zu übernehmen und die Fortsetzung des Versicherungsschutzes zu gewährleisten, in deren Genuss die Hauptversicherten und Mitversicherten infolge von Krankenhausaufenthalten, Erkrankungen oder Krankheiten kommen, die vor dem 1. Januar 2026 aufgetreten und aufgrund der aktuellen kollektiven Police auch abgedeckt sind.