

NÜTZLICHE AUSKÜNFTE

BETREIBLICHE

KRANKENHAUSVERSICHERUNG

FÖD - BOSA (FORCMS-HOSPI-128)

ethias

ETHIAS AG rue des Croisiers 24 4000 Lüttich www.ethias.be info@ethias.be

Versicherungsunternehmen zugelassen unter Nr. 0196 für die Ausübung aller Nicht-Leben Versicherungszweige, der Lebensversicherung, der Heirats- und Geburtenversicherungen (K.E. vom 04. und 13. Juli 1979, B.S. vom 14. Juli 1979) sowie der Kapitalisierungsgeschäfte (Beschluss der CBFA vom 9. Januar 2007, B.S. vom 16. Januar 2007)

RJP Lüttich MwSt BE 0404.484.654 Konto Belfius Bank : BE72 0910 0078 4416 BIC : GKCCBEBB

GEGENSTAND DER VERSICHERUNG

Diese Versicherung garantiert im Falle eines Krankenhausaufenthalts oder einer schweren Krankheit die zusätzliche Erstattung der Kosten, die nach Abzug der gesetzlichen und/oder außergesetzlichen Leistungen (Krankenkasse usw.) zulasten der versicherten gehen.

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

WER KANN DIESE VERSICHERUNG IN ANSPRUCH NEHMEN?

Ein Arbeitsvertrag als Werkstudierende(r) oder ein Arbeitsvertrag, der nach ausländischem Recht geschlossen wurde (Beschäftigung im Ausland), begründet keinen Anspruch auf eine Mitgliedschaft in diesem Vertrag.

Hauptversicherte

- Angehörige des statutarischen und vertragliches Personals (einschließlich Praktikanten), die vor Vollendung des 67. Lebensjahres beitreten:
 - an den Unterzeichner entsandte Mitarbeiter:innen;
 - Angehörige des statutarischen Personals (einschließlich Praktikanten), des Vertragspersonal und abgeordnete Mitarbeiter:innen, die im Ausland arbeiten und sich dort aufhalten;
 - die Personalmitglieder einer strategischen Zelle/Kabinetts oder eines Sekretariats im Rahmen der Unterstützung der Politik der Föderalregierung, wie in den Artikeln 2 bis einschließlich 9 des Königlichen Erlasses vom 19. Juli 2001 zur Schaffung der strategischen Organe der föderalen öffentlichen Dienste erwähnt, und in Bezug auf die Personalmitglieder der föderalen öffentlichen Dienste, die ernannt werden, um Teil des Kabinetts eines Mitglieds einer Regierung oder eines Kollegiums einer Gemeinschaft oder einer Region zu sein, das eine Vergütung wie in Artikel 10, Paragraph 1, zweiter Unterabsatz desselben Königlichen Erlasses erwähnt erhält;
 - aktive Richter und Staatsanwälte können vor Vollendung ihrer 70. Lebensjahres beitreten;
- pensionierte Mitarbeiter:innen von Unterzeichnern des Vertrags FORCMS-AV- 100, sofern sie bereits vor dem Alter von 67 Jahren (70 Jahre für Richter und Staatsanwälte) diesem früheren Gruppenvertrag angehört haben;
- alle pensionierten Mitarbeiter:innen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags beitreten, sofern sie zuvor und ohne Unterbrechung in Bezug auf den vorliegenden Vertrag einer berufsbezogenen Krankenhausversicherung angehört, die auf Initiative des Versicherungsnehmers des vorliegenden Vertrags abgeschlossen wurde.

Zweitversicherte (Familienmitglieder)

- Die Ehegattin/der Ehegatte oder gleichgestellte Partner der Hauptversicherten mit Wohnsitz beim Hauptversicherten, der vor dem 31. Dezember des Jahres, in dem er/sie das Alter von 67 Jahren erreicht, der Versicherung beitrifft (der Beitritt muss spätestens am 31. Dezember des Jahres, in dem er/sie diese Altersgrenze erreicht, erfolgen).
- Die Ehegattin/der Ehegatte oder gleichgestellte Partner der angeschlossenen pensionierten Mitarbeiter:innen mit Wohnsitz beim Hauptversicherten, sofern er/sie bereits vor dem 31. Dezember des Jahres, in dem er/sie das Alter von 67 Jahren erreicht, dem Vertrag beigetreten ist (der Beitritt muss spätestens am 31. Dezember des Jahres, in dem er/sie diese Altersgrenze erreicht, erfolgen).
- Alle pensionierten Mitarbeiter:innen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des vorliegenden Vertrags beitreten, sofern sie zuvor und ohne Unterbrechung in Bezug auf den vorliegenden Vertrag einer berufsbezogenen Krankenhausversicherung angehört, die auf Initiative des Versicherungsnehmers des vorliegenden Vertrags abgeschlossen wurde.
- Unverheiratete Kinder der oben und im Abschnitt « Hauptversicherte » genannten Personen, für die die Rechtsvorschriften über Kindergeld gelten oder die, wenn sie kein Kindergeld mehr erhalten, steuerlich zu Lasten dieser Personen gehen oder im Haushalt des Berechtigten wohnen; Enkelkinder der oben genannten Personen, die zu deren Lasten gehen oder die, wenn sie nicht mehr zu deren Lasten gehen, im Haushalt des Berechtigten wohnen (Person, die das Recht auf Mitgliedschaft eröffnet); Kinder, die unter gesetzlicher Vormundschaft der oben genannten Personen stehen;
- Kinder von geschiedenen oder rechtlich getrennten Eltern, denen Unterhalt gewährt wird, sofern der Hauptversicherte Unterhalt zahlen muss oder im Fall gemeinsamer Elternschaft;

BERUFSBEZOGENE KRANKENHAUSVERSICHERUNG FÖD BOSA (FORCMS-HOSPI-128)

- Im Falle des Todes des versicherten Person, die zur Mitgliedschaft berechtigt, können Zweitversicherte wie der Ehegatte oder gleichgestellte Lebenspartner und seine unterhaltsberechtigten Kinder und Enkelkinder weiterhin die Leistungen des Vertrags in Anspruch nehmen, solange der überlebende zweitversicherte Ehegatte oder gleichgestellte Lebenspartner nicht wieder heiratet oder eine ähnliche Verpflichtung eingeht.

Die Mitgliedschaft von Zweitversicherten ist nur möglich, sofern der Hauptversicherte selbst Mitglied ist.

WAHL DER ART DER DECKUNG

Der Hauptversicherte (der den Anspruch auf die Versicherung eröffnet) hat die Wahl zwischen zwei Modellen, dem Basismodell oder dem erweiterten Modell. **Das gewählte Modell muss für ihn und seine Familienmitglieder identisch sein.**

Bestimmungen für den Fall eines Antrags auf Änderung der Art der Deckung:

- Versicherte Personen, die sich für ein Einbettzimmer (erweitertes Modell) entschieden haben, können sich bei jährlicher Fälligkeit für ein Mehrbettzimmer/Zweibettzimmer (Basismodell) entscheiden, wenn sie dies mindestens drei Monate vor der jährlichen Fälligkeit ausdrücklich beantragen. Diese Übertragung muss ausnahmslos für alle versicherten Familienmitglieder erfolgen;
- Versicherte Personen, die sich für ein Mehrbett-/Zweibettzimmer (Basismodell) entschieden haben und auf ein Einbettzimmer (erweitertes Modell) wechseln möchten, können dies nur mit Zustimmung von Ethias tun. Wenn Ethias diese Änderung des Tarifs, die für alle versicherten Familienmitglieder gilt, akzeptiert, gelten die Bestimmungen zu Vorerkrankungen, die unter Punkt 4 des Kapitels « Versicherungsumfang » aufgeführt sind.

MITGLIEDSCHAFT

Der Beitritt zur Versicherung ist mit dem dafür vorgesehenen « Beitrittsformular » möglich. Nach dem Ausfüllen muss dieses an den Versicherungsnehmer zurückgeschickt werden, der es an Ethias weiterleitet.

Neue Mitglieder haben ab den in der folgenden Tabelle aufgeführten Daten Anspruch auf Leistungen:

Hauptversicherter	Zweitversicherter
Personalmitglied (Hauptversicherter), dessen Mitgliedschaft bis zum 31. März 2024 bestätigt wird: 1. Januar 2024	Zweitversicherte Person, deren Mitgliedschaft bis zum 31. März 2024 bestätigt wird: 1. Januar 2024
Neues Personalmitglied, das innerhalb von drei Monaten nach Dienstantritt beiträgt: Erster Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem das Beitrittsformular eingegangen ist	Neues Familienmitglied (Heirat, neuer Lebensgefährte usw.), das innerhalb von drei Monaten nach der Änderung der Familienzusammensetzung Mitglied wird: erster Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem das Beitrittsformular eingegangen ist. Bei Geburt: Mitgliedschaft am Tag der Geburt, sofern die Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten nach der Geburt beantragt wird
Sonstige (verspätete Mitgliedschaften): Erster Tag des 11. Monats nach dem Monat, in dem das Beitrittsformular eingegangen ist	Sonstige (verspätete Mitgliedschaften): Erster Tag des 11. Monats nach dem Monat, in dem das Beitrittsformular eingegangen ist

Ein Versicherungsjahr beginnt am 1. Januar und endet am 31. Dezember desselben Jahres.

ÄNDERUNGEN DER FAMILIENSITUATION

Als Hauptversicherter

Die Einzelmitgliedschaft des Hauptversicherten wird beendet durch:

- die freiwillige Beendigung der Mitgliedschaft auf schriftlichen Antrag des Hauptversicherten an den Versicherungsnehmer;
- die Beendigung oder Auflösung des Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und dem Versicherungsnehmer; der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, diese Informationen an Ethias weiterzuleiten;

- Tod des Hauptversicherten;
- Betrug oder versuchten Betrug seitens des Hauptversicherten.
- bei Nichtzahlung der Prämie

Als zweitversicherte Person

Beendet den individuellen Versicherungsschutz des Zweitversicherten:

- freiwilliger Austritt auf schriftlichen Antrag des Hauptversicherten an Ethias;
- Beendigung oder Auflösung des Arbeitsverhältnisses oder des Arbeitsvertrags zwischen dem Hauptversicherten und dem Versicherungsnehmer, außer im Falle des Übergangs vom Hauptversicherten zum Zweitversicherten bei Eintritt in den Ruhestand;
- Tod des Zweitversicherten;
- Betrug oder versuchter Betrug seitens des Zweitversicherten.
- die Abmeldung des Zweitversicherten durch Ethias aufgrund der Nichtzahlung der für ihn fälligen Prämie;
- bei Nichtzahlung der Prämie.

UMFANG DER VERSICHERUNG

1. BASISMODELL

A. Bei einem Krankenhausaufenthalt

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

1. Sofern sie zu einer gesetzlichen Intervention im Rahmen der in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen führen, werden übernommen:
 - a) Aufenthaltskosten, einschließlich der Zuschläge für Zweibettzimmer; es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Zuschläge für Aufenthaltskosten, die sich aus der Wahl eines Einbettzimmers aus persönlichen Gründen ergeben, in keinem Fall im Rahmen des Basismodells übernommen werden;
 - b) Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge; Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Honorarzuschläge, die sich aus einem Aufenthalt in einem Einbettzimmer aus persönlichen Gründen ergeben, nicht im Rahmen des Basismodells übernommen werden;
 - c) Kosten für paramedizinische Leistungen;
 - d) Kosten für Arzneimittel, Verbandsmaterial, medizinische Geräte und andere medizinische Hilfsmittel;
 - e) Operations- und Anästhesiekosten;
 - f) Kosten für die Nutzung des Operationssaals und des Kreißsaals;
 - g) Kosten für Zahnbehandlungen, Zahnprothesen und therapeutische Prothesen sowie für orthopädische Geräte, Brillen, Hörgeräte, medizinische Prothesen und künstliche Gliedmaßen, sofern diese während des Krankenhausaufenthalts angebracht wurden und in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen. Prothesen rein ästhetischer Natur werden nicht erstattet;
 - h) Kosten für Palliativmedizin, einschließlich der Kosten für Medikamente;
 - i) medizinische Kosten für das Neugeborene während des Krankenhausaufenthalts der Mutter nach einer gedeckten Entbindung, einschließlich der medizinischen Kosten für die Entnahme von Stammzellen;
 - j) Kosten im Zusammenhang mit dem Test auf plötzlichen Kindstod;
 - k) Kosten für plastische Chirurgie zur Wiederherstellung nach einer versicherten Krankheit oder einem versicherten Unfall.
2. Unabhängig davon, ob sie zu einem rechtlichen Eingreifen führen oder nicht, sind ebenfalls gedeckt:
 - a) nicht erstattungsfähige Kosten für viszerosynthetisches Material und Endprothesen;
 - b) Kosten für Einwegmaterial, das während eines chirurgischen Eingriffs verwendet wird;
 - c) Kosten für Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind oder unter Kategorie « D » in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind;

- d) Kosten für homöopathische Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur;
- e) Kosten für Verbandsmaterial, medizinische Geräte und andere medizinische Hilfsmittel, unter Ausschluss jeglicher Art von Produkten, die allgemein im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind;
- f) Kosten für:
 - ~ dringenden und angemessenen Transport zum Krankenhaus;
 - ~ angemessenen Transport während des Krankenhausaufenthalts, der aus medizinischen Gründen gerechtfertigt ist;
 - ~ mobiler Notfalldienst (SMUR);
- g) Kosten für einen Spenderaufenthalt im Falle einer Organ- oder Gewebespende zugunsten der versicherten Person;
- h) Kosten für den Aufenthalt eines Elternteils im Zimmer eines minderjährigen versicherten Kindes, einschließlich der verlängerten Minderjährigkeit;
- i) Kosten für das Leichenschauhaus, die auf der Krankenhausrechnung berücksichtigt wurden;
- j) Kosten für Zahnbehandlungen, Zahnprothesen und therapeutische Prothesen sowie für orthopädische Geräte, Brillen, Hörgeräte, medizinische Prothesen und künstliche Gliedmaßen, sofern diese während des Krankenhausaufenthalts angebracht wurden und in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen. Prothesen rein ästhetischer Natur werden nicht erstattet;

B. Vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

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

1. Sofern diese zu einer gesetzlichen Beteiligung an den in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen führen, sind während dieses Zeitraums gedeckt:
 - a) Kosten für medizinische Leistungen, die im Anschluss an einen Arztbesuch oder eine Arztkonsultation erbracht werden;
 - b) Kosten für ärztlich verordnete paramedizinische Leistungen;
 - c) Kosten für ärztlich verordnete medizinische Heilmittel;
 - d) Kosten für medizinische Prothesen, die in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen;
 - e) Kosten für künstliche Gliedmaßen;
 - f) Kosten für medizinische Versorgung und Pflege in Rehabilitationszentren;
 - g) Kosten für die medizinische Versorgung des Spenders, die in direktem Zusammenhang mit der Transplantation zugunsten eines hospitalisierten Versicherten stehen;
 - h) Kosten für Medikamente.
2. Unabhängig davon, ob sie zu einem rechtlichen Eingreifen führen oder nicht, sind ebenfalls gedeckt:
 - a) Kosten für Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind und unter Kategorie « D » in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind;
 - b) Kosten für homöopathische Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur;
 - c) Kosten für Verbandsmaterial, medizinische Geräte und andere medizinische Hilfsmittel, unter Ausschluss jeglicher Art von Produkten, die auch allgemein im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind;

C. Im Falle einer « schweren Krankheit »

Im Falle des Auftretens der folgenden Krankheiten: Krebs, Leukämie, Tuberkulose, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, systemische Sklerodermie, Parkinson-Krankheit, Diphtherie, Poliomyelitis, zerebrospinale Meningitis, Pocken, Brucellose, Typhus (Typhus exanthematicus, Paratyphus, Typhus und Paratyphus), Enzephalitis, Milzbrand, Tetanus, Cholera, Hodgkin-Krankheit, AIDS, infektiöse oder virale Hepatitis, Scharlach, Diabetes, dialysepflichtige Nierenerkrankungen, Morbus Crohn, Mukoviszidose, Alzheimer-Krankheit, Malaria, Morbus Pompe, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, progressive Muskeldystrophie, Colitis ulcerosa, Hashimoto-Krankheit, Lyme-Krankheit, Sjögren-Syndrom und Sarkoidose, deckt die Versicherung die Kosten für Behandlungen, die außerhalb eines Krankenhauses anfallen und in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

1. Sofern diese zu einer gesetzlichen Beteiligung an den in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen führen:
 - a) Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge;
 - b) Kosten für ärztlich verordnete paramedizinische Leistungen;
 - c) Kosten für spezielle Behandlungen, Analysen und Untersuchungen, die aufgrund der Krankheit erforderlich sind;
 - d) Mietkosten für jede Art von Ausrüstung (ärztlich verschriebene Medizinprodukte);
 - e) Kosten für medizinische Prothesen, die in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen;
 - f) Kosten für Medikamente.
2. Unabhängig davon, ob eine gesetzliche Intervention gewährt wird oder nicht, sind außerdem abgedeckt:
 - a) Kosten für Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind und unter Kategorie « D » in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind;
 - b) Kosten für Verbandsmaterial, medizinische Geräte und andere medizinische Hilfsmittel, unter Ausschluss jeglicher Art von Produkten, die allgemein im nichtmedizinischen Handel erhältlich sind;
 - c) Kosten für homöopathische Behandlungen, Chiropraktik, Osteopathie und Akupunktur;
 - d) Transportkosten;
 - e) alle anderen Kosten, die Ethias vorab genehmigt hat;
 - f) Kosten für Perücken, ärztlich verordnete externe Brustprothesen.

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

Diese Versicherung gilt auch für die medizinischen Kosten im Zusammenhang mit einer Hausgeburt, die von einem Arzt oder einer/einem vom LIKIV zugelassenen Geburtshelfer:in durchgeführt wird, sowie für eine Geburt in einer Poliklinik. In diesem Fall gelten auch die Leistungen des Kapitels « Vor und nach dem Krankenhausaufenthalt », wie oben unter Punkt B. erwähnt, einschließlich der medizinischen Kosten für das Neugeborene.

Darüber hinaus erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die Kosten, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus/der Poliklinik im Falle einer Entbindung oder nach der Entbindung im Falle einer Hausgeburt für die Mutter, das Neugeborene und die Familie durch eine qualifizierte Hilfe entstehen. Die in diesem Absatz genannte Kostengarantie wird nur gewährt, wenn die Mutter diesem Versicherungsvertrag beigetreten ist.

E. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung (MUF)

Ein Krankenhausaufenthalt, der die Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzungsbehandlung (MUF) zum Ziel hat, für die eine gesetzliche Kostenübernahme gewährt wird, wird gemäß den Bestimmungen der Punkte 1.A., 1.B. und 2. des Kapitels « Umfang der Versicherung » übernommen.

F. Extramurale Ophthalmologie

Diese Versicherung gilt auch für die medizinischen Kosten einer Kataraktoperation, die in der Praxis eines Augenarztes durchgeführt wird.

In diesem Fall gelten die Garantien aus Buchstabe B. Vor- und nachstationäre Behandlung ebenfalls.

Definitionen

- a) « **Krankenhaus** »: eine öffentliche oder private Einrichtung, die gesetzlich als Krankenhaus anerkannt ist, mit Ausnahme von geschlossenen psychiatrischen Einrichtungen, medizinisch-pädagogischen Diensten oder Einrichtungen, Erholungsheimen, geriatrischen Einrichtungen oder Diensten für die einfache Unterbringung von älteren Menschen, Einrichtungen oder Diensten für die einfache Unterbringung von Kindern, Rekonvaleszenten sowie Einrichtungen, die eine besondere Zulassung als Erholungs- oder Pflegeheim erhalten haben.
- b) « **Krankenhausaufenthalt** » ist jeder medizinisch notwendige Aufenthalt in einem Krankenhaus, für den ein Tagegeld in Rechnung gestellt wird. Dieser Begriff umfasst sowohl den Aufenthalt von mindestens einer Nacht als auch das Konzept der « One-Day-Clinic », sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - Der Operationssaal oder der Gipsraum wurde tatsächlich genutzt oder ein Krankenhausbett wurde tatsächlich genutzt, mit Ausnahme des Aufenthalts in Wartezimmern, Untersuchungsräumen und Räumen für ambulante Dienste des Krankenhauses;

- Es muss sich um Leistungen im Rahmen der Maxipauschale, der Pauschale für Tageskliniken (Gruppen 1 bis einschließlich 7), der Pauschalen für chronische Schmerzen, die in der nationalen Vereinbarung zwischen Krankeneinrichtungen und Versicherungsträgern aufgeführt sind, sowie für die folgenden Situationen der Tagesklinik handeln:
 - jeder Zustand, der eine dringende Behandlung erfordert, die eine Behandlung in einem Krankenhausbett rechtfertigt;
 - jede Situation, in der auf Anordnung des Arztes, der den Patienten übernommen hat, eine wirksame medizinische Überwachung bei der Verabreichung eines Arzneimittels oder von Blut/ labilen Blutprodukten durch eine intravenöse Infusion erfolgt. Die Verabreichung von Salz- oder Zuckerlösungen, wie sie bei der Infusion auf Abruf und beim Spülen eines Katheterports praktiziert wird, fällt nicht unter diese Definition.

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

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

2. ERWEITERTES MODELL

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

3. HÖHE DER GARANTIE

- A. *Erweitertes Modell:* Für jede unter den vorstehenden Punkten 1 und 2 gewährte Leistung wird die Garantie von Ethias bis zum Dreifachen des Betrags der gesetzlichen Intervention gewährt, außer bei spezifischen Einschränkungen.
- Basismodell:* Für jede in den vorstehenden Punkten 1 und 2 gewährte Leistung wird die Garantie von Ethias unbegrenzt gewährt, außer bei spezifischen Einschränkungen.
- B. Für Kosten, die nicht Anlass zu einem gesetzlichen Eintreten geben (siehe 1.A.2., 1.B.2. und 1.C.2. oben), gilt eine Kostenerstattung von bis zu € 3.000,00 pro versicherter Person und pro Kalenderjahr, wobei:
- die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils im Zimmer eines Kindes gemäß Punkt 1.A.2.h) oben auf € 50,00 pro Nacht begrenzt sind;
 - die Erstattung von Transportkosten im Falle einer schweren Krankheit (Punkt 1.C.2.d) oben) auf € 300,00 pro versicherter Person und Kalenderjahr begrenzt ist;
 - die Erstattung der Kosten für homöopathische Behandlungen, Akupunktur, Osteopathie und Chiropraktik, die in direktem Zusammenhang mit den unter Punkt 1.C. genannten schweren Krankheiten stehen, auf 50 % der von der versicherten Person zu tragenden Kosten begrenzt ist, wobei der Höchstbetrag der Erstattung € 1.250,00 pro versicherter Person und pro Kalenderjahr beträgt;
 - die Erstattung der Kosten für Perücken und Brustprothesen (Punkt 1.C.2.f) oben) auf 1.000,00 € pro Rezept begrenzt ist.
- C. Die Erstattung der Kosten nach der Entbindung (Punkt 1.D. Absatz 2 oben) auf € 820,00 und für einen Zeitraum von maximal zwölf Tagen begrenzt ist.
- D. Die Erstattung der Kosten für eine Haus- oder Poliklinikentbindung (Punkt 1.D. Absatz 1 oben) ist auf € 620,00 pro Entbindung begrenzt.
- E. Bei einem Krankenhausaufenthalt infolge einer psychischen, psychiatrischen oder geistigen Erkrankung wird die Leistung pro versicherter Person während eines ununterbrochenen oder nicht ununterbrochenen Zeitraums von 36 Monaten gewährt, der mit dem ersten Tag beginnt, der einen gesetzlichen Anspruch auf Leistung begründet.
- F. In Bezug auf extramurale Ophthalmologie (Punkt 1.F. oben) übernimmt Ethias eine Summe von maximal € 600,00 pro Eingriff
- G. Die Selbstbeteiligung ist auf € 250,00 pro versicherter Person und Kalenderjahr festgelegt.
- Diese Selbstbeteiligung gilt nur, wenn die versicherte Person aus persönlichen Gründen ein Einbettzimmer wählt (unabhängig vom Versicherungsschutz).
- Im Falle einer schweren Krankheit, wie im Artikel « Umfang der Versicherung » Punkt 1.C. oben definiert, gilt keine Selbstbeteiligung.

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

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

4. VORBESTEHENDE ERKRANKUNGEN

Diese Bestimmungen gelten nur bei verspätetem Beitritt, d. h. wenn der Beitritt mehr als drei Monate nach Entstehung des Anspruchs auf Mitgliedschaft erfolgt.

- a) Die im Artikel « Umfang der Versicherung » vorgesehenen Leistungen werden den versicherten Personen nicht gewährt, wenn das Vorliegen des Leidens, der Krankheit, der Invalidität, der Schwangerschaft oder der Entbindung, für die die Versicherung in Anspruch genommen wird, der versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter zum Zeitpunkt des Beitritts zu dieser Police nicht unbekannt sein konnte, auch wenn die ersten Symptome noch keine genaue Diagnose zuließen.
- b) Abweichend von Buchstabe a) oben sind jedoch gedeckt:
 - a. das Leiden, die Krankheit oder die Invalidität, für die die versicherte Person bereits im Rahmen des vorherigen ähnlichen Versicherungsschutzes, den sie genossen hat, versichert war, sofern zwischen den Versicherungsdeckungen keine Deckungslücke bestand;
 - b. die Verschlimmerung des Leidens, der Krankheit oder der Invalidität, sofern die versicherte Person seit mindestens einem Jahr Mitglied des vorliegenden Vertrages ist und sich während dieser Zeit keiner medizinischen Behandlung unterzogen hat, die auf das bereits bestehende Leiden, die Krankheit oder die Invalidität zurückzuführen ist.

5. AUSSCHLÜSSE

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

- a) einem Unfall oder einer Krankheit, die nicht durch eine medizinische Untersuchung kontrolliert werden kann;
- b) einer Schönheits- oder Verjüngungsbehandlung; die Kosten für wiederherstellende plastische Chirurgie, die durch eine Krankheit oder einen versicherten Unfall verursacht werden, werden jedoch übernommen;
- c) Krankheiten oder Unfälle, die der versicherten Person zugestoßen sind:
 - im Zustand der Trunkenheit, der Alkoholvergiftung oder unter dem Einfluss von Drogen, Narkotika oder Betäubungsmitteln, die ohne ärztliche Verschreibung eingenommen wurden, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen der Krankheit oder dem Unfall und diesen Umständen besteht, oder die versicherte Person weist nach, dass sie aus Unwissenheit alkoholische Getränke oder Betäubungsmittel eingenommen hat oder von einem Dritten dazu gezwungen wurde;
 - durch Alkoholismus, Drogenmissbrauch oder Medikamentenmissbrauch;
- d) durch Sterilisation und Verhütungsbehandlung, außer aus dringenden medizinischen Gründen;
- e) durch Thermalkuren;
- f) durch die Folgen einer vorsätzlichen Handlung der versicherten Person, es sei denn, sie weist nach, dass es sich um einen Fall von Personen- oder Sachrettung handelt; Verbrechen und Vergehen, die die versicherte Person begangen hat; Wagnisse, Wetten oder Mutproben;
- g) durch eine vorsätzliche Verstümmelung oder einen Selbstmordversuch;
- h) durch Kriegereignisse, unabhängig davon, ob die versicherte Person als Zivilist oder Soldat daran teilnimmt, zivile Unruhen oder Aufruhr, außer wenn die versicherte Person nicht aktiv daran teilgenommen hat oder sich in einer Situation legitimer Notwehr befunden hat;
- i) durch die professionelle Ausübung einer Sportart;
- j) durch direkte oder indirekte Wirkung radioaktiver Stoffe oder von Verfahren zur künstlichen Beschleunigung von Atomteilchen, mit Ausnahme der Verwendung radioaktiver Stoffe zu medizinischen Zwecken;
- k) durch Unfälle, wenn die versicherte Person Mitglied der Besatzung eines Lufttransports ist oder während des Fluges eine berufliche oder andere Tätigkeit ausübt, die mit dem Flugzeug oder dem Flug in Zusammenhang steht.

6. TERRITORIALE GRENZEN

Diese Versicherung gilt weltweit.

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

7. MELDUNG VON SCHADENSFÄLLEN

a) Meldung

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

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

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

Ethias kann von der versicherten Person alle für notwendig erachteten Unterlagen anfordern.

b) Übermittlung von Kostenbelegen

Die versicherte Person schickt Ethias die Belege für ihre Kosten:

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

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

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

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

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

Es kann sein, dass bestimmte Kosten nicht im Versicherungsschutz enthalten sind (z. B. Telefonkosten, Leihgebühr für einen Fernseher, Selbstbeteiligung usw.). Ethias kann den Betrag der nicht gedeckten Kosten direkt von der der versicherten Person einfordern. Die versicherte Person verpflichtet sich, die von Ethias übermittelte Kostenrechnung innerhalb von dreißig Tagen nach Erhalt zu erstatten. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Rückerstattung, kann Ethias ein Verfahren gegen die versicherte Person einleiten.

BERUFSBEZOGENE KRANKENHAUSVERSICHERUNG FÖD BOSA (FORCMS-HOSPI-128)

Es wird darauf hingewiesen, dass die Nichteinhaltung des geltenden Verfahrens (darunter die Nichtzahlung der an Ethias geschuldeten Beträge) zur Aufhebung des Zugangs zum Drittzahlersystem AssurCard führen kann.

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

c) Einstellung der Zahlung von Entschädigungen

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

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

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

8. PRÄMIE 2025

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

	Basismodell	Erweitertes Modell
Aktive Hauptversicherte unabhängig vom Alter	€ 56,96	€ 336,96
Nicht aktive Hauptversicherte und Zweitversicherte bis einschließlich 66 Jahre	€ 56,96	€ 336,96
Nicht aktive Hauptversicherte und Zweitversicherte von 67 bis einschließlich 71 Jahren	€ 132,72	€ 800,68
Nicht aktive Hauptversicherte und Zweitversicherte ab 72 Jahren	€ 189,68	€ 1.144,18
Kinder, die Kindergeld erhalten	€ 15,38	€ 92,77
Kinder bis einschließlich 24 Jahre, die kein Kindergeld mehr erhalten, aber im Haushalt des Hauptversicherten leben	€ 56,96	€ 336,96

RECHNUNGSSTELLUNG FÜR PRÄMIEN

Hauptversicherte

Die Gesamtprämie wird vom Unterzeichner bezahlt, wenn er sie übernimmt. Wenn der Unterzeichner die Prämie nicht oder nicht vollständig übernimmt, wird die vollständige oder teilweise Rechnungsstellung der Prämie individuell an die betroffenen versicherten Personen gerichtet.

Mitversicherte

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

Der Teil der Prämie, der gegebenenfalls vom Unterzeichner übernommen würde, wird diesem insgesamt in Rechnung gestellt.

Auf Antrag eines Unterzeichners kann mit Ethias vereinbart werden, dass die Rechnungsstellung für Mitversicherte ebenfalls über den Unterzeichner erfolgt.

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Für Informationen zur Rechnungsstellung und Mitgliedschaft

Ethias, rue des Croisiers, 24 in 4000 Lüttich

Tel. 04 220 34 89 (erreichbar von 9 bis 12 Uhr und von 14 bis 16 Uhr) bosa@ethias.be

Bei einem Krankenhausaufenthalt

Ethias, BP 10037 in 1070 Brüssel

Tel. 04 220 33 01

gestionsinistres@ethias.be

Dieser Text hat rein informativen Charakter und soll einen Überblick über die Bestimmungen geben, die in dem zwischen dem Unterzeichner und Ethias abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag enthalten sind. Im Streitfall bezieht sich Ethias ausschließlich auf die Bedingungen des besonderen Lastenhefts FORCMS-HOSPI-128, seine Anhänge und das von Ethias SA zu diesem Zweck eingereichte und vom FÖD BOSA genehmigte Angebot.

Erläuterungsschreiben

INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER MIT DER BERUFSTÄTIGKEIT VERBUNDENEN KOLLEKTIVEN VERSICHERUNG

DAS RECHT AUF EINE INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER KOLLEKTIVEN VERSICHERUNG

Definition

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

Bedingung

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

Verfahren und Fristen

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

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

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

Sonderfall der Weiterführung der Versicherung durch die Familienmitglieder

Die Familienmitglieder können ebenfalls die individuelle Fortführung der Versicherung beantragen, wenn sie den Anspruch auf die kollektive Versicherung aus einem anderen Grund als dem Verlust des Anspruchs seitens des Hauptversicherten verlieren (zum Beispiel im Fall einer Scheidung oder wenn ein Kind den Haushalt verlässt). In diesem Fall muss das Familienmitglied innerhalb einer Frist von 105 Tagen ab Verlust des vorerwähnten Anspruchs den Versicherer, schriftlich oder elektronisch, seine Absicht mitteilen, den Vertrag individuell weiterzuführen. Der Versicherer muss ihm innerhalb der folgenden 15 Tage ein Versicherungsangebot unterbreiten. Das Familienmitglied verfügt über eine Frist von 30 Tagen um dieses Angebot anzunehmen.

VORFINANZIERUNG DER INDIVIDUELLEN WEITERFÜHRUNG DES KOLLEKTIVEN VERSICHERUNGSVERTRAGS

Die Prämie der individuellen Versicherung, die im Rahmen der Weiterführung der kollektiven Versicherung abgeschlossen wird, berücksichtigt das Alter, das der Versicherte zum Zeitpunkt wo er den Vertrag individuell fortsetzt, erreicht hat.

Der Versicherte kann jedoch während des Zeitraums, in dem er sich einer kollektiven Versicherung angeschlossen hat, einen Vorfinanzierungsplan abschließen. Wenn ein Vorfinanzierungsplan abgeschlossen wird, ist das für die Festlegung der Versicherungsprämie der individuell weitergeführten Versicherung berücksichtigte Alter, das Alter des Versicherten zum Zeitpunkt als er mit der Zahlung der Prämie für den Vorfinanzierungsplan begonnen hat.

Ethias bietet dieses Produkt nicht an.

DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

SCHUTZ PERSONENBEZOGENER DATEN

Ethias ist sehr darauf bedacht die neue Datenschutz-Grundverordnung GDPR, die Ihre personenbezogenen Daten schützt, anzuwenden und verpflichtet sich voll und ganz, Ihre diesbezüglichen Rechte zu respektieren. In ihrer Eigenschaft als Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten, sammelt sie diese folglich zu folgenden Zwecken: Kundendatenverwaltung, Risikoabschätzung, Verwaltung der Verträge und der Schadensfälle, Marketingaktionen und Erschließung einer Stammkundschaft, Zufriedenheitsumfragen, Kundenwerbung und Profiling, Erstellung von Statistiken und versicherungsmathematischen Studien, Ausübung der Regresse, Verwaltung der Beschwerden und Streitsachen, Ausführung der geltenden Gesetzes-, Verordnungs- und Verwaltungsbestimmungen und Betrugsbekämpfung. Ethias verarbeitet Ihre Daten aus folgenden Rechtsgründen:

- um alle ihr auferlegten Gesetzes-, Verordnungs- und Verwaltungsvorschriften zu erfüllen;
- im Rahmen der Erfüllung Ihrer Verträge oder um auf Ihren Wunsch hin vorvertragliche Maßnahmen in die Wege zu leiten;
- für die Wahrung ihrer berechtigten Interessen, in erster Linie:
 - die Betrugsbekämpfung;
 - die Kenntnis ihrer Kunden und ihrer potenziellen Kunden, um diese über ihre Aktivitäten, Produkte und Dienstleistungen zu informieren;
 - die ordnungsgemäße Erfüllung der durch ihre Versicherten abgeschlossenen Verträge;
 - die Sicherung ihrer eigenen Interessen und der Interessen ihrer Versicherten.

In all diesen Fällen trägt Ethias dafür Sorge, dass ein angemessenes Gleichgewicht zwischen ihren berechtigten Interessen und der Achtung Ihrer Privatsphäre erhalten bleibt;

- im Bedarfsfall, wenn sie Ihre Zustimmung eingeholt hat.

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

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

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

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

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

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

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

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

Jegliche Beschwerde kann an die Datenschutzbehörde gerichtet werden:

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

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

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

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

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

FÜR WEITERE INFORMATIONEN

Für Informationen zur Rechnungsstellung und Mitgliedschaft

Ethias, rue des Croisiers, 24 in 4000 Lüttich

Tel. 04 220 34 89 (erreichbar von 9 bis 12 Uhr und von 14 bis 16 Uhr)

bosa@ethias.be

Bei einem Krankenhausaufenthalt

Ethias, BP 10037 in 1070 Brüssel

Tel. 04 220 33 01

gestionsinistres@ethias.be