



NÜTZLICHE AUSKÜNFTE BETRIEBLICHE KRANKENHAUSVERSICHERUNG

— Wallonische Regierung - Police Nr. 4.480.909

INHALT

GEMEINSAME BESTIMMUNGEN FÜR SÄMTLICHE DECKUNGEN	3
Erläuterungsschreiben	10
INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER BETRIEBLICHEN KOLLEKTIVVERSICHERUNG	10
DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG	12

GEMEINSAME BESTIMMUNGEN FÜR SÄMTLICHE DECKUNGEN

Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung deckt im Fall eines Krankenhausaufenthalts oder einer schweren Krankheit die zusätzliche Rückerstattung der Kosten, die nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligungen (Krankenkasse ...) zu Lasten der Versicherten bleiben.

Folglich soll diese Versicherung Personen oder Haushalte schützen, die aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes oder einer schweren Krankheit mit hohen Ausgaben konfrontiert werden.

Wer kann diese Versicherung in Anspruch nehmen?

Die verschiedenen Kategorien der direkt oder indirekt Begünstigten des Sozialdienstes der Wallonischen Regierung werden vom Verwaltungsorgan des Sozialdienstes festgelegt. Sie wurden vollständig auf dessen Website (<https://www.ssrw.be>) aufgeführt und im Walcome Magazin vom September 2025 veröffentlicht.

Nur der Sozialdienst ist befugt, den Begünstigten Auskunft darüber zu geben, ob sie direkt oder indirekt Begünstigte sind (081 250 200).

Direkt und indirekt Begünstigte müssen beim Sozialdienst einen Beitrittsantrag einreichen, um in den Genuss dieser Versicherungspolice zu kommen; dies gilt ebenso für ihren Antrag auf Kündigung. Alle Fragen, die die Zugangsbedingungen für diese Versicherungspolice betreffen, können an den Sozialdienst (ash@ssrw.be) gerichtet werden.

Beitritt - Beendigung der Mitgliedschaft

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

Änderungen in der Haushaltszusammensetzung (Geburt, Heirat, Trennung, ...), die nach dem Beitritt zur Police eintreten, müssen innerhalb von dreißig Tagen nach dem jeweiligen Ereignis, anhand eines Schreibens an den Sozialdienst der Wallonischen Regierung, gemeldet werden. Nur wenn diese Bedingung erfüllt ist, treten die Deckungsänderungen ab dem Tag dieses Ereignisses in Kraft.

Versicherungsumfang

1. Anwendungsbereich

1. Basisdeckung

A. Bei einem Krankenhausaufenthalt (siehe Definition am Ende dieses Abschnitts):

Bei einem Krankenhausaufenthalt infolge einer Krankheit, eines Unfalls, einer Schwangerschaft oder einer Entbindung erstattet Ethias die Behandlungskosten bis zu den im Kapitel « Höhe der Deckung » (siehe nachstehend) festgelegten Grenzen, sofern diese während des Aufenthalts in einem anerkannten Krankenhaus oder in einer anerkannten Palliativpflegeeinrichtung anfallen.

Demzufolge erstattet Ethias folgende Kosten zurück:

1. sofern sie Anlass zu einer gesetzlichen Erstattung im Rahmen der in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführten Leistungen geben:
 - a) Aufenthaltskosten, einschließlich der Zuschläge für Zweibettzimmer. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass solche Zuschläge unter keinen Umständen gedeckt sind, wenn aus persönlichen Gründen ein Einzelzimmer gewählt wird;
 - b) Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Honorarzuschläge, die berechnet werden, weil der Versicherte aus persönlichen Gründen ein Einzelzimmer gewählt hat, nicht in der Basisdeckung enthalten sind,
 - c) Kosten für paramedizinische Leistungen;

- d) Kosten für pharmazeutische Produkte, Verbandsmaterial, medizinisches Material und andere medizinische Mittel;
 - e) Chirurgie- und Anästhesiekosten;
 - f) Kosten für die Benutzung des Operationssaales und des Kreissaales;
 - g) die Kosten für Zahnbehandlungen, Zahnprothesen, medizinische Prothesen, sowie für orthopädische Apparate, Brillen, Hörgeräte, medizinische Prothesen und Kunstglieder, sofern diese während des Krankenhausaufenthalts eingesetzt werden und in direktem Zusammenhang mit dem Grund für den Krankenhausaufenthalt stehen. Prothesen, die einen rein ästhetischen Charakter aufweisen, werden nicht zurückerstattet;
 - h) Kosten für Palliativpflege, einschließlich der Kosten für Arzneimittel;
 - i) medizinische Kosten für das Neugeborene, die während des Krankenhausaufenthalts der Mutter entstanden sind und auf eine durch die Versicherung gedeckte Entbindung folgen, einschließlich der medizinischen Kosten für den Ankauf von Stammzellen;
 - j) Test auf plötzlichen Kindstod.
2. Es sind ebenfalls gedeckt, ob es für sie nun eine gesetzliche Beteiligung gibt oder nicht:
- a) die Kosten für Viscerosynthesematerial und endoprothetisches Material, die nicht zurückerstattet werden;
 - b) Einwegmaterial, das während eines chirurgischen Eingriffs verwendet wird;
 - c) Arzneimittelkosten, die nicht rückvergütet werden oder in der Nomenklatur des LIKIV unter der Kategorie « D » aufgeführt werden;
 - d) Die Kosten:
 - für den dringenden, angemessenen Transport zum Krankenhaus;
 - für den angemessenen Transport, der während des Krankenhausaufenthalts aus medizinischen Gründen gerechtfertigt ist;; – für den mobilen Rettungsdienst (MRD);
 - e) Aufenthaltskosten eines Elternteils im Zimmer eines Kindes (Rooming-in);
 - f) Kosten für die Leichenhalle, die in der Krankenhausrechnung berücksichtigt werden;
 - g) Aufenthaltskosten des Spenders bei einer Organ- oder Gewebetransplantation zugunsten des Versicherten.

B. die vor und nach dem Krankenhausaufenthalt anfallen.

- a) Es handelt sich um die medizinischen Kosten, die innerhalb eines Zeitraums von 120 Tagen vor und 270 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt anfallen, die in direktem Zusammenhang zu dem Grund für den Krankenhausaufenthalt stehen. Ist der Krankenhausaufenthalt die Folge eines Unfalls, wird der Zeitraum von 270 auf 365 Tage verlängert.

In diesem Zeitraum ist Folgendes gedeckt:

1. solche die Anlass zu einer gesetzlichen Erstattung geben für Leistungen, die in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind::
 - a) Kosten für medizinische Leistungen, die nach einem Arztbesuch oder einer ärztlichen Untersuchung erbracht werden;
 - b) Kosten für paramedizinische Leistungen, die von einem Arzt verschrieben wurden;
 - c) Kosten für medizinische Heilmittel, die von einem Arzt verschrieben wurden;
 - d) Kosten für medizinische Prothesen; e) Kosten für Kunstglieder.
2. Arzneimittel, die nicht rückerstattet werden oder in der Nomenklatur des LIKIV unter der Kategorie « D » aufgeführt werden sind ebenfalls während dieses Zeitraums gedeckt, ob es für sie nun eine gesetzliche Beteiligung gibt oder nicht.

C. Bei « schweren Krankheiten »:

Beim Auftreten der folgenden Krankheiten: Krebs, Leukämie, Covid, durch eine Pandemie verursachte Krankheit(en), Tuberkulose, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, Parkinson-Krankheit, Diphtherie, Kinderlähmung, Meningitis cerebrospinalis, Pocken, Typhus, Enzephalitis, Milzbrand, Starrkrampf, Cholera, Hodgkin-Krankheit, Aids, infektiöser Hepatitis, Scharlach, Diabetes, Nierenerkrankungen, die eine Dialyse erforderlich machen, Crohn-Krankheit, Colitis ulcerosa, Mukoviszidose, Alzheimer, Malaria, Pompe-Syndrom, Creutzfeld-Jacob-Syndrom, progressive Muskeldystrophie, Brucellose, Epilepsie, Lyme-Borreliose, Treacher-

Collins-Syndrom, Skrofulose, Guillain-Baré-Syndrom, Chorea Huntington, erblich bedingte progressive Myopathien und Sklerodermie mit Organbefall wird die Versicherung ausgedehnt auf die Kosten der Pflege außerhalb des Krankenhauses, die in direktem Zusammenhang mit der Krankheit stehen.

Die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen von Mitgliedern, die bereits in der Vergangenheit an einer der oben aufgeführten schweren Krankheiten gelitten haben, sind ebenfalls gedeckt.

So sind folgende Kosten gedeckt:

1. solche die Anlass zu einer gesetzlichen Erstattung geben für Leistungen, die in der Nomenklatur des LIKIV aufgeführt sind:
 - a) Kosten für spezielle Behandlungen, Analysen und Untersuchungen, die aufgrund der Krankheit erforderlich sind;
 - b) Kosten für medizinische Leistungen, Honorare und Honorarzuschläge;
 - c) Kosten für paramedizinische Leistungen;
 - d) Kosten für das Leihen von verschiedenem Material; e) Arzneimittel;
2. Sind ebenfalls gedeckt, ob es für sie nun eine gesetzliche Beteiligung gibt oder nicht:
 - a) Arzneimittel, die nicht rückerstattet werden oder in der Nomenklatur des LIKIV unter der Kategorie « D » aufgeführt werden;
 - b) Transportkosten, einschließlich dringender und nicht dringender Transportkosten sowie Reisekosten mit einem eigenen Fahrzeug oder einem Taxiservice im Falle einer ärztlichen Untersuchung.

D. Hausgeburt, Entbindung in einer Poliklinik und Wochenbettpflege:

Diese Versicherung findet ebenfalls Anwendung auf medizinische Kosten in Zusammenhang mit einer Hausgeburt und einer Entbindung in einer Poliklinik. In diesen Fällen finden die Deckungen des Kapitels « Kosten vor und nach dem Krankenhausaufenthalt », wie diese im vorstehenden Punkt 1 B aufgeführt sind, ebenfalls Anwendung.

Darüber hinaus gilt die Deckung, innerhalb der in den Spezialbedingungen vorgesehenen Grenzen, für Kosten, die im Anschluss an eine Entbindung von einer anerkannten Einrichtung für postnatale Pflege in Rechnung gestellt werden, wenn es sich dabei um die Heimpflege der Mutter, des Neugeborenen und der Familie durch eine qualifizierte Hilfe handelt.

E. Außerklinische Augenheilkunde

Diese Versicherung gilt auch für medizinische Kosten im Zusammenhang mit einer Katarakt-Operation, die in der Praxis eines Augenarztes durchgeführt wird.

2. Erweiterte Deckung

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

Wahl und Änderung der Deckungsmodalität:

1. Der direkte Begünstigte hat die Möglichkeit, den Beitritt seiner Familienmitglieder (indirekter Begünstigter) zu einer Deckungsmodalität seiner Wahl zu beantragen.
2. Der Versicherte, der sich für die erweiterte Deckung entschieden hat, kann mittels einer schriftlichen Anfrage am jährlichen Fälligkeitstermin zur Basisdeckung wechseln.
3. Der Versicherte, der sich für die Basisdeckung entschieden hat, kann zum jährlichen Fälligkeitstermin zur erweiterten Deckung wechseln, wenn er dies vor dem 31. Dezember schriftlich beantragt. Allerdings werden die Bestimmungen über die Vorerkrankungen gelten (s. nachstehend Punkt 3).

Begriffsbestimmung

- A. « Krankenhaus »: Öffentlich-rechtliche oder private Anstalt, die gesetzlich als Krankenhaus anerkannt ist, mit Ausnahme von geschlossenen psychiatrischen Anstalten, von medizinisch-pädagogischen Diensten oder Anstalten, von Altenheimen, von geriatrischen Einrichtungen oder Diensten, die zur einfachen Unterbringung alter Menschen bestimmt sind, von Einrichtungen oder Diensten, die zur einfachen Unterbringung von Kindern, genesenden Personen bestimmt sind, sowie von solchen, die eine besondere Zulassung als Alten- oder Pflegeheim erhalten haben.

- B. « Krankenhausaufenthalt »: jeder vom medizinischen Standpunkt aus erforderliche Aufenthalt in einem Krankenhaus, für den Aufenthaltskosten in Rechnung gestellt werden. Dieser Begriff beinhaltet sowohl den Aufenthalt von mindestens einer Nacht als auch das Konzept der Tagesklinik, insofern folgende Bedingungen erfüllt sind:
- der Operationssaal oder das Gipszimmer wurden effektiv in Anspruch genommen oder ein Krankenhausbett wurde effektiv in Anspruch genommen, unter Ausschluss des Aufenthalts in den Wartezimmern, den Untersuchungsräumen und den Bereichen, die den nichtstationären Behandlungsdiensten der Krankenhauseinrichtungen vorbehalten sind;
 - es muss sich um Leistungen im Rahmen von Super-, Minimal- und Maximalpauschalen sowie im Rahmen der A-, B-, C-, D-Pauschalen handeln, die im nationalen Abkommen zwischen den Krankenhauseinrichtungen und dem Gesundheitspflegedienst des Nationalen Instituts für die Kranken- und Invalidenversicherung aufgeführt werden.

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

Im Fall einer Tuberkuloseerkrankung gilt die Deckung für Behandlungen im Sanatorium und in Pflegeeinrichtungen für Tuberkulosekranke.

2. Höhe des Versicherungsschutzes

- A. Für jede unter vorstehendem Punkt 1 gewährte Leistung wird die Deckung von Ethias bis zum Dreifachen des Betrags der gesetzlichen Beteiligung gewährt.
- B. Für Kosten für Viscerosynthese, endoprothetisches Material, Einwegmaterial, das während eines chirurgischen Eingriffs verwendet wird, und Arzneimittelkosten, die nicht erstattet werden oder in der Nomenklatur des LIKIV unter der Kategorie « D » aufgeführt werden (vorstehende Punkte 1.1.A.2., 1.1.B.2. und 1.1.C.2.), ist eine Beteiligung in Höhe von 50% der ausgelegten Kosten anwendbar - mit einer Erstattungsgrenze von 5.000,00 Euro pro Versichertem pro Kalenderjahr.
- C. Die Erstattung der Aufenthaltskosten eines Elternteils im Krankenhauszimmer eines Kindes unter 19 Jahren ist unbegrenzt.
- D. Die Transportkosten im Zusammenhang mit schweren Krankheiten (vorstehender Punkt 1.1.C.2.b.) werden bis zu einer Höchstgrenze von 500,00 € pro Person und Kalenderjahr zurückerstattet.
- E. Die Beteiligung an den Aufenthaltskosten eines unter vorstehendem Punkt 1.1.A.2.g) genannten Organ- oder Gewebespenders wird bis in Höhe von 5.000,00 Euro gewährt.
- F. Für die außerklinische Augenheilkunde übernimmt Ethias einen Höchstbetrag von 1.000,00 € pro Intervention.
- G. Die Beteiligung an den im letzten Absatz des vorstehenden Punktes 1,1 D vermerkten Kosten wird für einen Zeitraum von maximal fünfzehn Tagen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts oder nach der Hausgeburt und bis zu einem Höchstbetrag von 1000,00 € gewährt.
- H. Selbstbeteiligung: Es findet keinerlei Selbstbeteiligungen im Rahmen dieser Versicherung Anwendung.

3. Vorerkrankungen

Die in vorstehendem Punkt 1 vorgesehenen Leistungen werden den Versicherten nicht gewährt, wenn der Versicherte oder dessen gesetzlicher Vertreter bereits am Tag des Beitritts zu dieser Police, die Existenz der Beschwerden, der Erkrankung, der Schwangerschaft oder der Invalidität, für die die Kostenbeteiligung der Versicherung gefordert wird, nicht ignorieren konnte, selbst wenn die ersten Anzeichen der Erkrankung keine präzise Diagnose zuließen.

In Abweichung zum vorstehenden Absatz wird Folgendes dennoch gedeckt:

- A. die Beschwerden, die Erkrankung oder die Invalidität, für die der Versicherte bereits durch eine ähnliche Deckung versichert war und sofern keine Versicherungsunterbrechung bestanden hat;
- B. die Verschlimmerung der Beschwerden, der Erkrankung oder der Invalidität, wenn der Versicherte der Police bereits zwölf Monate angeschlossen ist und sich während dieses Zeitraums wegen diesen Beschwerden, Erkrankung oder Invalidität keiner medizinischen Handlung unterziehen musste.

4. Ausschlüsse

Ausgeschlossen von einer Kostenbeteiligung sind Leistungen infolge:

- A. einer ästhetischen oder verjüngenden Behandlung; Kosten für eine wiederherstellende plastische Chirurgie, die durch eine gedeckte Krankheit oder einen gedeckten Unfall verursacht würden, werden jedoch übernommen;
- B. von Krankheiten oder Unfällen, die die versicherte Person erlitten hat:
 - 1. im Zustand der Trunkenheit, der Alkoholvergiftung oder unter Einfluss von Drogen, Narkotika oder Betäubungsmitteln, die ohne ärztliche Verschreibung verwendet werden, es sei denn:
 - es wird nachgewiesen, dass es keinen Kausalzusammenhang zwischen der Krankheit oder dem Unfall und deren oder dessen Umständen gibt;
 - der Versicherte kann nachweisen, dass er unwissend Getränke oder Betäubungsmittel zu sich genommen hat oder dass er durch einen Dritten dazu gezwungen wurde.
 - 2. durch Alkoholabhängigkeit, Drogensucht oder Medikamentenmissbrauch;
- C. von Sterilisierung und Behandlungen zwecks Empfängnisverhütung, außer aus zwingenden medizinischen Gründen;
- D. eines Kriegsgeschehens, ungeachtet der Tatsache, ob die versicherte Person als Teil der Zivilbevölkerung oder als Soldat betroffen ist; von bürgerlichen Unruhen oder Krawallen, es sei denn, die versicherte Person hat sich nicht aktiv daran beteiligt oder hat aus Notwehr gehandelt;
- E. der professionellen Ausübung gleich welcher Sportart;
- F. einer vorsätzlichen Handlung seitens des Versicherten, es sei denn, er erbringt den Beweis, dass es sich um die Rettung von Menschen oder Gütern handelte; von Verbrechen und Vergehen, die der Versicherte begangen hätte; von leichtsinnigen Handlungen, Wetten oder Mutproben. Es wird darauf hingewiesen, dass Leistungen, die aus einem Selbstmordversuch hervorgehen, weiterhin gedeckt sind.
- G. von Schadensfällen, die durch die Nutzung von Nuklearenergie verursacht wurden und unter die Anwendung der Pariser Konvention (Gesetz vom 22. Juli 1985) oder jegliche andere gesetzliche Bestimmung fallen, die dieses Gesetz ersetzt, abändert oder ergänzt,

5. Nähere Angaben zum versicherten Risiko

- A. Territorialer Geltungsbereich: Es besteht keine territoriale Begrenzung, diese Versicherung ist weltweit gültig. In dem Fall, wo ein Versicherter Opfer einer Krankheit oder eines Unfalls in einem Land würde, mit dem die belgischen Krankenkassen kein Erstattungsabkommen abgeschlossen haben, erbringt Ethias die Leistung so, als wäre die Krankheit oder der Unfall in Belgien eingetreten. Das heißt, dass eine fiktive Rückerstattung berücksichtigt wird, die der der Krankenkasse entspricht (Kranken- und Invalidenversicherung - Abteilung Gesundheitspflege – Arbeitnehmerregelung).
- B. Terrorismus: Die vorliegende Police deckt Schäden ab, die aus einem Terrorakt hervorgehen, gemäß dem Gesetz vom 1. April 2007 (B.S. vom 15. Mai 2007). In diesem Rahmen ist Ethias der V.o.G. TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) beigetreten. Sowohl das Entschädigungsprinzip als auch die Entschädigungsmodalitäten eines Schadensfalls, der aus einer terroristischen Handlung hervorgeht, werden durch einen von den Versicherungsunternehmen getrennten Ausschuss, der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 1. April 2007 eingeführt wurde, festgelegt.

6. Schadensregulierung

A. Meldung

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts muss der Versicherte Ethias diesen so schnell wie möglich melden:

- entweder anhand seiner AssurCard-Nummer:
 - im Internet über www.ethiashospi.be oder über www.assurcard.be;
 - über das AssurCard-Terminal, sofern das Krankenhaus über ein solches verfügt (die Liste der angeschlossenen Krankenhäuser ist unter www.assurcard.be/de/krankenhauser abrufbar);
- oder schriftlich anhand des dafür vorgesehenen Dokuments (verfügbar auf der Website www.ethias.be oder unter der Telefonnummer 04.220.33.01). Dieser Meldung muss der Versicherte alle Dokumente, Bescheinigungen und medizinischen Berichte beifügen, die die Existenz und den Schweregrad des Ereignisses beweisen.

Der Antrag auf Kostenübernahme für eine schwere Krankheit (aufgelistet im vorstehenden Punkt 1.1.C.), die keinen sofortigen Krankenhausaufenthalt erfordert, muss so schnell wie möglich schriftlich gestellt werden und zwar mithilfe des dafür vorgesehenen Dokuments (verfügbar auf der Website www.ethias.be oder telefonisch unter der Nummer 04 220 33 01). Dieser Meldung muss der Versicherte alle Dokumente, Bescheinigungen und medizinischen Berichte beifügen, die die Existenz und den Schweregrad des Ereignisses beweisen.

Ethias kann verlangen, dass der Versicherte ihm jedes als notwendig erachtete Schriftstück übermittelt.

B. Übermittlung der Kostenbelege

Der Versicherte sendet Ethias die Belege für seine Kosten zu:

- das Original der Krankenhausrechnung (wenn das AssurCard-Drittzahlersystem nicht angewendet wird). Dieses Originaldokument muss per Post an Ethias geschickt werden (eine Kopie oder ein Scan reichen nicht aus).
- die anderen Dokumente: Erstattungsbescheinigungen der Krankenkasse (Quittungen), pharmazeutische BVAC-Bescheinigungen (nur wenn der Versicherte seinen Assurpharma-Strichcode nicht verwendet hat), usw. können digital über den Kundenbereich auf der Website www.ethias.be oder per Post übermittelt werden.

Auf der Grundlage der unter vorstehenden Punkten a) und b) erwähnten Dokumente erstattet Ethias den Betrag der Auslagen, auf die im vorstehenden Punkt 1 Bezug genommen wird, zurück, abzüglich:

- des Betrags der gesetzlichen Beteiligung (oder eines entsprechenden fiktiven Betrags falls der Versicherte aus irgendeinem Grund keinen Anspruch auf diese Beteiligung hat) und/oder des Betrags, der eventuell von der Krankenkasse im Rahmen der Zusatzversicherung gewährt wird;
- des Betrags anderer, bereits erhaltener Rückzahlungen;
- des Betrags der vertraglich vereinbarten Selbstbeteiligung.

Wenn das Drittzahlersystem über AssurCard genehmigt wurde, wird die Krankenhausrechnung auf elektronischem Weg direkt an Ethias übermittelt.

Dieses System einer elektronischen Drittzahlung ist ein Vorschusssystem. Es bedeutet nicht, dass die durch Ethias an das Krankenhaus gezahlte Rechnung definitiv zu Lasten von Ethias geht.

Es kann vorkommen, dass gewisse Kosten nicht im Versicherungsschutz enthalten sind (zum Beispiel Telefonkosten, Miete eines Fernsehers, Selbstbeteiligung). Ethias darf den Betrag der nicht gedeckten Kosten direkt vom Versicherten einfordern. Der Versicherte verpflichtet sich, die durch Ethias übermittelte Aufstellung dieser Kosten innerhalb von dreißig Tagen nach Erhalt zurückzuzahlen. Erfolgt die Zahlung nicht innerhalb dieser Frist, kann Ethias ein Verfahren gegen den Versicherten einleiten. Es wird darauf hingewiesen, dass die Nichteinhaltung des geltenden Verfahrens (darunter die Nichtrückzahlung der Ethias geschuldeten Summen) zur Aufhebung des AssurCard-Drittzahlersystems führen kann.

Ethias kann auch als Ausgleich die Kosten, die es an das Krankenhaus gezahlt hat und die nicht im Versicherungsschutz enthalten sind, wiedererlangen, indem es sie von späteren an den Versicherten zu zahlenden Rückerstattungen jeglicher Art abzieht.

C. Einstellung der Entschädigungszahlungen

Beim individuellen Austritt eines Versicherten endet die Beteiligung von Ethias an dem Datum, an dem die individuelle Mitgliedschaft ausläuft.

Wird der Versicherungsvertrag gekündigt, enden die Beteiligungen von Ethias ab dem Datum, an dem der Vertrag ausläuft.

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

7. Prämie

Der Versicherungsschutz der vorliegenden Police wird gegen Zahlung einer Jahresprämie gewährt, die auf der Grundlage der folgenden Prämien festgelegt wird:

	Basisdeckung	Erweiterte Deckung
Direktversicherte		
Pro Versichertem im Alter von 0 bis einschl. 19 Jahre	0,00 €	56,57 €
Pro Versichertem im Alter von 20 bis einschl. 34 Jahre	0,00 €	154,27 €
Pro Versichertem im Alter von 35 bis einschl. 49 Jahre	0,00 €	162,26 €
Pro Versichertem im Alter von 50 bis einschl. 64 Jahre	0,00 €	320,95 €
Pro Versichertem im Alter von 65 bis einschl. 69 Jahre	0,00 €	690,62 €
Pro Versichertem im Alter ab 70 Jahren	0,00 €	690,66 €
Mitversicherte		
Pro Versichertem im Alter von 0 bis einschl. 19 Jahre	4,38 €	60,95 €
Pro Versichertem im Alter von 20 bis einschl. 34 Jahre	10,96 €	165,22 €
Pro Versichertem im Alter von 35 bis einschl. 49 Jahre	21,91 €	184,16 €
Pro Versichertem im Alter von 50 bis einschl. 64 Jahre	43,82 €	364,80 €
Pro Versichertem im Alter von 65 bis einschl. 69 Jahre	153,37 €	843,96 €
Pro Versicherten ab 70 Jahre	226,39 €	917,00 €

Diese Prämien beinhalten sämtliche am 01.01.2026 geltenden gesetzlichen Steuern.

Weitere Information

Für jede Auskunft zum Versicherungsschutz

Ethias, voie Gisèle Halimi 10 in 4000 Lüttich,
Tel. 04 220 81 00
contrat.medicollectivites@ethias.be

Bei Krankenhausaufenthalt

Ethias, BK 10037 in 1070 Brüssel,
Tel. 04 220 33 01
gestionsinistres@ethias.be

Jeder Beitritt, Austritt oder jede Änderung muss zwingend an folgenden Dienst gerichtet werden:

Sozialdienst der Wallonischen Regierung rue Dewez 49
5000 NAMUR

Tel. 081 25 02 27
Tel. 081 25 02 30
Tel. 081 25 02 33
Tel. 081 25 02 40
Tel. 081 25 02 08
Tel. 081 25 02 20

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

ERLÄUTERUNGSSCHREIBEN

INDIVIDUELLE WEITERFÜHRUNG DER BETRIEBLICHEN KOLLEKTIVVERSICHERUNG**Das Recht auf eine individuelle Weiterführung der betrieblichen Kollektivversicherung****Begriffsbestimmung**

Die an eine kollektive Versicherung angeschlossene Person hat - außer bei Nichtzahlung der Prämie und im Allgemeinen bei Betrug - das Recht, diese Versicherung individuell fortzusetzen, wenn sie den Anspruch auf die Kollektivversicherung verliert (zum Beispiel im Fall eines Arbeitgeberwechsels, einer Entlassung, des Eintritts in den Ruhestand), dies ohne sich einer weiteren ärztlichen Untersuchung unterziehen oder einen neuen medizinischen

Eine neue Wartezeit darf nicht auferlegt werden. Dieses Recht besteht sowohl für den Hauptversicherten als auch zugunsten seiner Familienmitglieder.

Bedingung

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

Verfahren und Fristen

Spätestens 30 Tage nach dem Verlust des Anspruchs auf die Kollektivversicherung 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 fortzusetzen.

Ab dem Erhalt dieses Schreibens verfügt der Versicherte über eine Frist von 30 Tagen, um dem Versicherer seine Absicht mitzuteilen, den Vertrag individuell fortzusetzen. Diese Frist kann um 30 Tage verlängert und somit auf 60 Tage erhöht werden, unter der Bedingung, dass der Versicherte den Versicherer schriftlich oder elektronisch darüber in Kenntnis setzt.

Ab dem Zeitpunkt, zu dem 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 des Hauptversicherten können dieses Recht auf individuelle Fortsetzung der Versicherung ebenfalls ausüben, wenn sie den Anspruch auf die Kollektivversicherung aus einem anderen Grund als dem Verlust des Anspruchs seitens des Hauptversicherten verlieren (zum Beispiel im Fall einer Scheidung oder Trennung, oder wenn ein Kind den Haushalt verlässt). In diesem Fall muss das Familienmitglied innerhalb einer Frist von 105 Tagen ab dem Verlust des vorerwähnten Anspruchs dem 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.

Vorauszahlung der individuellen Weiterführung

Bei der Festlegung der Prämie der individuellen Versicherung, die im Rahmen der Weiterführung der Kollektivversicherung abgeschlossen wird, wird das Alter berücksichtigt, das der Versicherte zum Zeitpunkt, zu dem er den Vertrag individuell fortsetzt, erreicht hat.

Der Versicherte kann jedoch während des Zeitraums, in dem er Anspruch auf die Kollektivversicherung hat, einen Vorauszahlungsplan abschließen. In diesem Fall wird das Alter, in dem der Versicherte mit der Zahlung der Prämie für den Vorauszahlungsplan begonnen hat, für die Festlegung der Prämie der individuellen Weiterführungspolice berücksichtigt.

Ethias vermarktet diese Art von Produkt nicht.

DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

Schutz personenbezogener Daten

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

In seiner Eigenschaft als Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sammelt Ethias diese zu folgenden Zwecken: Kundendatenverwaltung, Risikoabschätzung, Verwaltung der Verträge und der Schadenfälle, 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 den folgenden Rechtsgründen:

- um alle dem Unternehmen 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;
- zur Wahrung seiner berechtigten Interessen, in erster Linie:
 - die Betrugsbekämpfung;
 - die Kenntnis seiner Kunden und potenziellen Kunden, um diese über seine Aktivitäten, Produkte und Dienstleistungen zu informieren;
 - die ordnungsgemäße Erfüllung der durch seine Versicherten abgeschlossenen Verträge;
 - der Schutz seiner eigenen Interessen und der Interessen seiner Versicherten.

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

- im Bedarfsfall, wenn Ethias Ihre Zustimmung eingeholt hat.

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

- ihre Berater (Rechtsanwälte, Sachverständige, Vertrauensärzte, ...);
- die Mitarbeiter und Berater von Ethias;
- die anderen Einheiten der Gruppe, deren Mitarbeiter und Berater;
- Subunternehmer jeder Art (Datenverarbeiter und andere) sowie Handelspartner von Ethias;
- alle Leistungserbringer, die sich im Rahmen der Vertragserfüllung und Schadensregulierung einbringen;
- Versicherungs- und Rückversicherungsunternehmen, Makler und Regulierungsbüros;
- Behörden und öffentliche Einrichtungen (Polizei, Justiz, soziale Sicherheit, ...);
- die Aufsichtsbehörden und der Ombudsdienst für Versicherungen.

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

Ethias speichert Ihre personenbezogenen Daten nur so lange, wie die Verarbeitung, für die sie gesammelt werden, dauert.

Dies bedeutet, dass die verarbeiteten Daten während der gesamten Laufzeit Ihres/r Versicherungsvertrags/verträge, Ihres/r Schadensfalls/fälle, 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 den Regelungen ab.

Sie können Zugang zu den Ihre Person betreffenden Daten erhalten und deren Berichtigung erwirken, indem Sie einen datierten und unterschriebenen Antrag mit einer Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres Personalausweises an folgende Anschrift senden:

Ethias

Data Protection Officer, voie Gisèle Halimi 10 in 4000 Lüttich
privacy_request@ethias.be

Sie können jederzeit unentgeltlich Widerspruch gegen die Verwendung Ihrer Daten zwecks 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 beantragen. Dieses Recht auf Löschung ist jedoch nicht absolut. Einzelheiten zur Ausübung Ihrer Rechte entnehmen Sie bitte der Privacy-Charta, die Sie auf unserer Webseite finden:

www.ethias.be Jegliche Beschwerde kann an die Datenschutzbehörde gerichtet werden:

Rue de la Presse 35 1000 Brüssel

Tel.: +32 2 274 48 00 www.datenschutzbehörde.be

Verarbeitung von Gesundheitsdaten und/oder anderer sensibler Daten

Mit dem Beitritt zu dieser Police 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 erklären sich ebenfalls damit einverstanden, dass im Schadensfall eventuell eine einseitige ärztliche Untersuchung durchgeführt wird.

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

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, was jedoch die bereits erfolgte Datenverarbeitung nicht ungültig macht.

Im Übrigen könnte Ethias in diesem Fall nicht in der Lage sein, Ihren Anträgen auf Abschluss eines Versicherungsvertrags oder auf Entschädigung im Schadensfall nachzukommen.

FÜR WEITERE INFORMATIONEN

Ethias

voie Gisèle Halimi 10 - 4000 Lüttich

Tel. 04 220 31 11

info@ethias.be