

Freie Krankenkasse (Nr. 515)
Hauptstraße 2
4760 Büllingen



Satzung

Koordinierte Fassung in Kraft ab dem 1. Januar 2022

Die neuesten Änderungen in dieser koordinierten Fassung der Satzung sind:

- beschlossen worden durch die Generalversammlung der Krankenkasse **am 12. Oktober 2021**
- genehmigt worden durch das Aufsichtsamt für die Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen **am 17. Dezember 2021**

Die Krankenkasse ist dem Landesbund der Freien Krankenkassen angeschlossen, dessen Satzung auf der Internetseite verfügbar ist unter folgender Adresse www.mloz.be.

Die Freie Krankenkasse ist ebenfalls

- Versicherungsvertreter für die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit „MLOZ Insurance“ (750/01), deren Satzung unter folgender Adresse www.hospitalia.be/statuts abgerufen werden kann.
- eine Sektion der „Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen“ (580/02), deren Satzung unter folgender Adresse www.mloz.be abgerufen werden kann.
- eine Sektion der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) für die die Wallonische Region (580/04), deren Satzung unter folgender Adresse www.mloz.be abgerufen werden kann.
- eine Sektion der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) für die Region Brüssel-Hauptstadt (580/03), deren Satzung unter folgender Adresse www.mloz.be abgerufen werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Satzung	3
Kapitel I - Gründung, Bezeichnung, Zielsetzung, Sitz, Aktionsbereich	4
Kapitel II - Mitgliedschaft	6
Kapitel III - Die Generalversammlung	16
Kapitel IV - Der Verwaltungsrat und der Geschäftsführende Vorstand	29
Kapitel V - Beitrittsbedingungen, Beiträge sowie Leistungen und Dienste der Krankenkasse	36
Kapitel VI - Haushalt und Kontenführung	58
Kapitel VII - Satzungsänderungen	59
Kapitel VIII - Auflösung und Liquidation	59
Kapitel IX - Inkrafttreten	60
Anlage 1 - Beitragstabelle ETAC	61
Anlage 2 - Liste des Krankenmaterials und der technischen Hilfsmittel (Artikel 79)	62
Anlage 3 bis 6 - entfällt	62
Anlage 7 - Liste der anerkannten Kurhäuser für Genesungsaufenthalte (Artikel 74)	63
Anlage 8 - Liste der Aktionen zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge (Artikel 87)	64
Anlage 9 - Liste des orthopädischen Materials (Artikel 79bis)	67
Anlage 10 - Liste der schweren Krankheiten	67

Krankenkasse “Freie Krankenkasse”

mit Sitz in Büllingen

anerkannt durch Königlichen Erlass vom 7. März 1980
(Belgisches Staatsblatt vom 22. März 1980)

Satzung

In Anbetracht des Gesetzes vom 6. August 1990 über die Krankenkassen und die Landesbünde der Krankenkassen und der diesbezüglichen Ausführungsverordnungen;

In Anbetracht des Koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 bezüglich der Pflichtversicherung für Gesundheitspflege und Entschädigungen und der diesbezüglichen Ausführungsbestimmungen;

In Anbetracht des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung;

In der Generalversammlung vom 12. Oktober 2021 hat die Generalversammlung der Freien Krankenkasse mit der gesetzlich erforderlichen Stimmenmehrheit beschlossen, die Satzung der Krankenkasse folgendermaßen festzulegen:

Kapitel I

Gründung, Bezeichnung, Zielsetzung, Sitz, Aktionsbereich

Artikel 1 – Gründung und Bezeichnung

Ein Krankenkassenbund unter der Bezeichnung “Bund der Ostbelgischen Krankenkassen” wurde am 21. September 1979 errichtet. Seine Ankerkennung erfolgte durch Königlichen Erlass vom 7. März 1980 (Belgisches Staatsblatt vom 22. März 1980).

Der Krankenkassenbund trug ab dem 13. September 1991 den Namen „Bund ‚Ostbelgische Krankenkasse‘.

Gemäß Artikel 69, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990, ab dem 1. Januar 1991, übernimmt die Krankenkasse “Bund ‚Ostbelgische Krankenkasse’ ” die Rechte und Pflichten des ehemaligen Bundes “Bund der Ostbelgischen Krankenkassen”, der durch den Königlichen Erlass vom 7. März 1980 anerkannt worden war, gemäß Artikel 3, Absatz 3 des Gesetzes vom 23. Juni 1894 in Abänderung des Gesetzes vom 3. April 1851 bezüglich Lokalkrankenkassen, aufgehoben durch Artikel 76 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Seit dem 9. September 1999 trägt die Krankenkasse den Namen “Freie Krankenkasse”.
Die offizielle Abkürzung ist „Freie“.

Artikel 2 – Zielsetzung

Die Zielsetzungen der Krankenkasse sind:

- A. Im Rahmen des Artikel 3, Absatz 1, a) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990:
- die Beteiligung an der Ausführung der Krankenpflichtversicherung, für die der Landesbund, dem die Krankenkasse seit dem 21. September 1979 angeschlossen ist, die Genehmigung erteilt hat.
 - die Leistung von Hilfe, Information, Beratung und Beistand bei der Erfüllung dieser Aufgabe.

Die Ausübung der gesetzlichen Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Krankengeld verpflichtet die Krankenkasse dazu, die Erstattungen für Gesundheitspflege für ihre Mitglieder und deren Personen zu Lasten zu garantieren, sei es direkt oder durch das Drittzahlersystem. Dies betrifft sowohl die Leistungen der Ärzte, Zahnärzte und der Hilfspflegerleistungen als auch die Leistungen und Aufenthaltskosten in medizinisch-sozialen Institutionen.

Die Krankenkasse garantiert außerdem die Zahlung des Kranken- und Invalidengeldes sowie des Mutterschafts- und Vaterschaftsgeldes.

All diese Tätigkeiten sowie die diesbezüglichen Kontrollen finden statt in Anwendung des Koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 bezüglich der Pflichtversicherung für Gesundheitspflege und Entschädigungen und der diesbezüglichen Ausführungsbestimmungen sowie in Anwendung von Artikel 3, Absatz 1, c) des Gesetzes vom 6. August 1990.

Die Ausübung der gesetzlichen Krankenversicherung findet statt unter der Verantwortung des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist.

Die Krankenkasse verpflichtet sich, die gesetzlichen Bestimmungen zu befolgen sowie die satzungsgemäßen Bestimmungen und Richtlinien seitens der Instanzen des Landesbundes.

- B. Im Rahmen von Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des gleichen Gesetzes und des Artikels 67, Absatz 5, des Gesetzes vom 26. April 2010 bezüglich verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung:
- die Leistung von Kostenerstattungen, Diensten und Entschädigungen an ihre Mitglieder und deren Personen zu Lasten,
 - die Leistung von Hilfe, Information und Beistand.

Hierzu organisiert die Krankenkasse zusätzliche Dienste, welche laut den gesetzlichen Bestimmungen für alle Mitglieder verpflichtend sind.

Die Dienste der Freien Krankenkasse, die als unteilbares Ganzes gelten, setzen sich wie folgt zusammen:

1. Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Dienst 14) (Artikel 73)
2. Sonstige Leistungen (OPERATIONS) (Dienst 15) (Artikel 51 – 72, 74 – 88)
 - Pflege und Pflegematerial (Artikel 51 – 72, 74 - 77)
 - Pflege zu Hause (Artikel 78 – 80)
 - Rettungs- und Krankentransport (Artikel 81 – 82)
 - Unterstützung bei besonderen Anlässen (Artikel 83 – 84)
 - Sozialhilfe (Artikel 85)
 - Ferienlager und -aktivitäten (Artikel 86)
 - Gesundheitserziehung und -vorsorge (Artikel 87)
 - Juristische Beratung (Artikel 88)
3. Dienst „Information an Mitglieder“ (Dienst 37) (Artikel 89)
4. Dienst „Verwaltung“ (Dienst 93) (Artikel 90)

Diese Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

C. Ihren Mitgliedern sowie den Personen zu Lasten die Vorteile zu gewähren, die laut der Satzung des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. Der Anschluss an die Dienste des Landesbundes, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, ist verpflichtend für alle Mitglieder.

Die Krankenkasse ist anerkannt als Versicherungsvertreter (Eintragungsnummer in dem Register der Vermittler: 5004c), mit dem Ziel, ihren Mitgliedern die Möglichkeit zu bieten, die Versicherungsprodukte abzuschließen, die von der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit MLOZ Insurance (Immatrikulationsnummer 750/01) organisiert sind.

Artikel 3 – Sitz und Aktionsbereich

Die Krankenkasse hat ihren Sozialsitz in B - 4760 Büllingen, Hauptstraße 2.

Sie übt ihre Tätigkeit im gesamten Land, vorrangig jedoch in Ostbelgien aus.

Die Krankenkasse richtet sich an alle Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Belgien haben, einschließlich der in Belgien wohnhaften Grenzgänger, die im Rahmen der Europäischen Verordnung oder im Rahmen eines Vertrages über die Soziale Sicherheit Anrecht auf Gesundheitsleistungen zu Lasten einer ausländischen Institution eröffnen und demzufolge Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Die Krankenkasse richtet sich ebenfalls an:

- die Personen, die ihren Hauptwohnsitz im Ausland haben, jedoch an die belgische Sozialsicherheit gebunden sind;
- belgische Soldaten, Polizeiangehörige oder Diplomaten, die sich im Ausland aufhalten,

insofern diese im Sinne von Artikel 2 des Gesetzes vom 6. August 1990 und des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Artikel 4 – Landesbund

Die Krankenkasse ist dem Landesbund der Freien Krankenkassen (MLOZ) mit Sitz in Brüssel angeschlossen.

Artikel 4bis – Gegenseitigkeitsgesellschaften

Die Freie Krankenkasse ist im Sinne des Art. 43bis, §1er des Gesetzes vom 6. August 1990

- eine Sektion der „Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen“ (580/02) mit Sitz in Brüssel.
- eine Sektion der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) für die Wallonische Region (580/04) mit Sitz in Brüssel.
- eine Sektion der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) für die Region Brüssel-Hauptstadt (580/03) mit Sitz in Brüssel.

Die Freie Krankenkasse ist im Sinne des Art. 68, Abs. 1, 1° des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen über die Organisation der Zusatzversicherungen ebenfalls Versicherungsvertreter für die Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit „MLOZ Insurance“ (750/01) mit Sitz in Brüssel.

Kapitel II Mitgliedschaft

Artikel 5 – Aufnahme

Jede Person, welche für die im Artikel 2, A. der vorliegenden Satzung genannten Aktivitäten (gesetzliche Versicherung) eine Mitgliedschaft für sich selbst und für die Personen zu ihren Lasten bei der Krankenkasse beantragt, wird aufgenommen unter den folgenden Bedingungen:

§ 1 Eine Person kann sich der Freien Krankenkasse anschließen:

- 1° entweder in Übereinstimmung mit den rechtlichen Bestimmungen, Regelungen und anwendbaren Satzungen für die gesetzliche Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen gemäß Artikel 3, Abs. 1er, a) des Gesetzes vom 6. August 1990. In diesem Fall tritt die Person von Amts wegen den nachstehenden Diensten bei:
 - a) Dienste der Freien Krankenkasse gemäß Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie den zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung.

Für die folgende Personengruppe beträgt der Beitrag 0 €:

- hauptversicherte Pensionierte mit weniger als 1/3 Berufslaufbahn im Sinne von Artikel 37, § 1, Absatz 2 des Gesetzes betreffend die Pflichtversicherung für Gesundheitspflege- und Krankengeldleistungen, koordiniert am 14. Juli 1994, welche die dort genannten spezifischen Einkommensbedingungen erfüllen (siehe Rundschreiben des Aufsichtsamtes Nr. 09/09/D2 vom 28. Mai 2009).
 - hauptversicherte Pensionierte mit weniger als 1/3 Berufslaufbahn, bei denen der Pensionsbescheid einen Kode 69 aufweist und welche zugunsten einer Haushaltsrente auf die individuelle Rente verzichten.
 - Kinder und Jugendliche, die sich als „Pflegekinder“ bei Pflegeeltern in Belgien aufhalten und auf Basis eines E109 eingetragen sind, bis sie das Alter von 25 Jahren erreicht haben.
- b) Dienste des Landesbundes, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, gemäß Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die Dienste des Landesbundes, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung;
- c) Dienste der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaften (SMR), entweder für die Region Brüssel-Hauptstadt oder für die Region Flandern oder für die Wallonische Region, denen die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, falls der Anschluss des Mitglieds an dieser SMR durch die jeweilige regionale Regelung vorgeschrieben ist, der das Mitglied unterliegt.

Der oben genannten Person gleichgestellt ist die Person, die ihren Hauptwohnsitz in Belgien hat und die in Anwendung der Artikel 17, 24 und 26 der Europäischen Verordnung Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit oder einer anderen ähnlichen Bestimmung eines internationalen Abkommens, der gesetzlichen Krankenversicherung einer ausländischen Institution unterworfen ist und die ein Formular S1 oder ein gleichwertiges Dokument der Krankenkasse vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem sie für die gesetzliche Krankenversicherung eingetragen ist, die Leistungen gemäß dem koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 in Anspruch zu nehmen.

2° oder nur für die Dienste der Freien Krankenkasse gemäß Artikel 3, Abs. 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die zusätzlichen Dienste der Freien Krankenkasse, die aufgeführt sind im Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung. Dies ist nur möglich, falls sich die Person in einer der folgenden Situationen befindet:

- die Person ist für die gesetzliche Krankenversicherung bei der Gesundheitspflegekasse der HR-Rail angeschlossen;
- die Person ist für die gesetzliche Krankenversicherung bei der Hilfskasse für Krankheit und Invalidität (HKIV) angeschlossen; dieser Person gleichgestellt ist die Person, die ihren Hauptwohnsitz in Belgien hat, die aber in Anwendung der Artikel 17, 24 und 26 der Europäischen Verordnung Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit oder einer anderen ähnlichen Bestimmung eines internationalen Abkommens, der gesetzlichen Krankenversicherung einer ausländischen Institution unterworfen ist und die ein Formular S1 oder ein gleichwertiges Dokument bei der HKIV vorlegt, um zu Lasten des Landes, in dem die gesetzliche Krankenversicherung besteht, die Leistungen gemäß dem koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 in Anspruch zu nehmen;
- die Person ist für die gesetzliche Krankenversicherung eingetragen bei dem Landesamt für Soziale Sicherheit (LSS)/System für überseeische soziale Sicherheit (AUSS);

- die Person hat Anrecht auf Gesundheitspflegeleistungen infolge des Statuts einer europäischen oder internationalen Institution mit Sitz in Belgien;
- die Person unterliegt nicht mehr der gesetzlichen Krankenversicherung, infolge eines Auslandseinsatzes im Auftrag einer belgischen Regierung;
- die Person gehört zum Personal einer in Belgien niedergelassenen Botschaft oder eines in Belgien niedergelassenen Konsulats und muss gemäß dem Wiener Übereinkommen von 1961 und 1963 für Gesundheitsleistungen zu Lasten des Herkunftslandes versichert werden;
- die Person befindet sich in einer Situation gemäß Artikel 3ter, 1° des Gesetzes vom 6. August 1990 und ist bereits bei einer anderen Krankenkasse für die oben genannte gesetzliche Krankenversicherung eingetragen oder angeschlossen;
- die Person ist inhaftiert oder interniert und für die gesetzliche Krankenversicherung zu Lasten des FÖD Justiz.

Diese Person tritt von Amtes wegen den nachstehenden Diensten bei:

- den Diensten des Landesbundes, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist gemäß Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie
- für die Dienste des Landesbundes, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung.

§ 2 Während einer Internierungs- oder Inhaftierungszeit gilt eine Person, die dem FÖD Justiz unterliegt, für die Anwendung des § 1, 1° als nicht der Krankenkasse angeschlossen, es sei denn, sie erklärt ausdrücklich, dass sie Mitglied der in Artikel 3, Abs. 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienste sowie der zusätzlichen Dienste der Krankenkasse, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung, bleiben möchte.

§ 3 Die Person, die in Übereinstimmung mit den rechtlichen Bestimmungen, Regelungen und anwendbaren Satzungen für die Dienste in Artikel 3, Abs. 1er, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie für die Dienste der Krankenkasse, die aufgeführt sind in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung, bei der Krankenkasse angeschlossen sind, hat außerdem die Möglichkeit:

- sich in Übereinstimmung mit den rechtlichen Bestimmungen, Regelungen und anwendbaren Satzungen ggfs. an das in Artikel 7, § 4 des Gesetzes vom 6. August 1990 genannte Vorheiratliche Sparen zu beteiligen, das vom Landesbund, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, organisiert wird;
- sich den Diensten der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaften (SMR) anzuschließen, entweder für die Region Brüssel-Hauptstadt oder für die Region Flandern oder für die Wallonische Region, denen die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, falls der Anschluss des Mitglieds an dieser SMR durch die jeweilige regionale Regelung vorgesehen ist, der das Mitglied unterliegt;
- sich für ein Versicherungsprodukt der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit anzuschließen, bei der die Freie Krankenkasse angeschlossen ist und für die sie als Versicherungsvertreter handelt.

Artikel 6 – Beginn der Mitgliedschaft in den zusätzlichen Diensten

Unter „Zusätzliche Dienste“ der Krankenkasse sind zu verstehen: die in Artikel 3, Abs. 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienste und die in Artikel 67, Abs. 5 des Gesetzes vom 26. April 2010 zur Festlegung verschiedener Bestimmungen im Bereich der Organisation der zusätzlichen Krankenversicherung genannten Dienste der Krankenkasse.

Die Mitgliedschaft in den Zusätzlichen Diensten beginnt:

- 1° Für eine Person, die als Person zu Lasten in der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer Krankenkasse angeschlossen war und die sich als Hauptversicherte bei derselben Krankenkasse einträgt, am ersten Tag des Monats, in dem sie die Eintragung in die gesetzliche Krankenversicherung beantragt, d.h. in dem Monat, in dem sie eine der Eigenschaften erwirbt, die in Artikel 32, 1° bis 16° und 20° bis 22° des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die gesetzliche Krankenversicherung für Gesundheitspflege und Geldleistungen aufgeführt sind.
- 2° Für eine Person, die als Hauptversicherte bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die sich als Hauptversicherte bei einer anderen Krankenkasse einträgt, ab dem ersten Tag des Quartals des Inkrafttretens der Mitgliedschaft.
- 3° Für eine Person, die als Person zu Lasten bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die sich als Hauptversicherte bei einer anderen Krankenkasse einträgt, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.
- 4° Für eine Person, die als Hauptversicherte bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die als Person zu Lasten bei einer anderen Krankenkasse eingetragen ist, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.
- 5° Für eine in Artikel 5, § 1, 2° genannte Person sowie die Personen, die sich zum ersten Mal bei einer belgischen Krankenkasse eintragen, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.
- 6° Für eine Person, die als Person zu Lasten bei einer Krankenkasse für die Zusatzversicherung angeschlossen war und die sich als Person zu Lasten bei einer anderen Krankenkasse einträgt, am ersten Tag des Monats nach Unterzeichnung des Antrags auf Mitgliedschaft.

Die Aufnahme als Mitglied ermöglicht, im Rahmen der verfügbaren Mittel der Krankenkasse auf die Leistungen und Dienste zurückgreifen zu können, die in Artikel 2, B. dieser Satzung vorgesehen sind, nachdem die vorgesehenen Wartezeiten beendet sind. Insofern für die einzelnen Dienste in den nachfolgenden Artikeln die Wartezeit nicht näher präzisiert ist, beträgt die Wartezeit generell 6 Monate. Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war und die hierfür erforderlichen Beiträge bis zum Tag des Wechsels eingezahlt hat, entfällt diese Wartezeit.

Die Aufnahme als Mitglied für den Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Artikel 73 – 77) erfolgt ohne Altersbegrenzung und ohne Ausfüllen eines Medizinischen Fragebogens.

Artikel 7 – Mitgliederkategorien

§ 1 Einleitung

Je nach Situation bezüglich der Beitragszahlung an die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 6, kann eine Person, die der Krankenkasse angeschlossen ist:

- 1° ein Mitglied sein, das berechtigt ist, die Vorteile dieser Dienste in Anspruch zu nehmen;
- 2° ein Mitglied sein, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile dieser Dienste in Anspruch zu nehmen, ausgesetzt ist;
- 3° ein Mitglied sein, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile dieser Dienste in Anspruch zu nehmen, entzogen ist.

Die Zahlung oder die Nichtzahlung der Beiträge der Zusätzlichen Dienste haben außerdem Auswirkungen auf folgenden Ebenen:

- auf die Möglichkeit, die Vorteile in Anspruch zu nehmen, die in den Satzungen des Landesbundes, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, vorgesehen sind. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung des Landesbundes der Freien Krankenkassen verwiesen.

- auf die Möglichkeit, die Versicherungsdeckung in Anspruch zu nehmen, die das Mitglied abgeschlossen hat bei der Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit (VaG) MLOZ Insurance, der die Krankenkasse angeschlossen ist. In diesem Zusammenhang wird auf die Satzung dieser Versicherungsgesellschaft auf Gegenseitigkeit verwiesen.

Die Zahlung oder Nichtzahlung der Beiträge der Zusätzlichen Dienste hat keinerlei Auswirkung auf das Anrecht auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) oder der „Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen“. Es darf keine Verrechnungen geben zwischen den nicht gezahlten Beiträgen für die Zusätzlichen Dienste einerseits und den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der regionalisierten Gegenseitigkeitsgesellschaft (SMR) oder der „Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen“ andererseits.

§ 2 Das Mitglied, welches berechtigt ist, einen Vorteil der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen

Es handelt sich um das Mitglied, das mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung ist im Sinne von Artikel 6 der vorliegenden Satzung:

- 1° Für den Monat, in dem das Ereignis eingetreten ist, welches gemäß der Satzung zur Zahlung des Vorteils führen kann.

Diesbezüglich wird davon ausgegangen, dass das Mitglied, welches seit mindestens 24 Monaten mit der Beitragszahlung für die betreffenden Dienste in Ordnung ist oder für das in Artikel 2quater, Absatz 4 des K.E. vom 7. März 1991 genannte Mitglied seit mehr Monaten als die Anzahl der Monate, die der in der letztgenannten Bestimmung genannte darauffolgende Zeitraum umfasst, auch für die unmittelbar folgenden 3 Monate mit der Beitragszahlung in Ordnung sein wird.

Falls das Mitglied seit mehr als 24 Monaten als Hauptversicherter bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war oder, für das in Artikel 2quater, Absatz 4 des K.E. vom 7. März 1991 genannte Mitglied, seit mehr Monaten als die Anzahl der Monate im darauffolgenden Zeitraum und während dieses Zeitraums seine Beiträge für die betreffenden Dienste gezahlt hat, wird davon ausgegangen, es sei denn bei Beweis des Gegenteils, dass es auch für die unmittelbar folgenden drei Monate mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung sein wird.

Falls ein Mitglied zum ersten Mal als Hauptversicherter bei einer belgischen Krankenkasse seit weniger als 24 Monaten angeschlossen ist und während dieses Zeitraums seine Beiträge für die betreffenden Dienste gezahlt hat, wird davon ausgegangen, es sei denn bei Beweis des Gegenteils, dass es auch für die unmittelbar folgenden drei Monate mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung sein wird.

Bei dem Mitglied, welches am 31. Dezember 2018 die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch nehmen kann, wird davon ausgegangen, es sei denn bei Beweis des Gegenteils, dass es mit seinen Beiträgen für das erste Quartal 2019 in Ordnung sein wird.

- 2° Für den Zeitraum der zurückliegenden 23 Monate.

Falls die Person zum ersten Mal als Hauptversicherter bei einer belgischen Krankenkasse seit weniger als 23 Monate angeschlossen ist, vor dem Monat des in Artikel 7, § 2, 1° genannten Ereignisses, muss sie mit der Beitragszahlung die vollständige Dauer der Mitgliedschaft in Ordnung gewesen sein.

Falls die Person während der unter Punkt 2° genannten Referenzperiode:

- a) als Hauptversicherte und ohne Unterbrechung bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war, muss sie, um die Vorteile in Anspruch nehmen zu können, bei jeder Krankenkasse für die Monate, in denen sie dort Mitglied war, mit der Beitragszahlung für die betreffenden Dienste in Ordnung gewesen sein;

- b) für einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, wird diese Unterbrechungszeit gleichgestellt:
- i° mit einem Zeitraum, für den die Person mit der Beitragszahlung in Ordnung war, insofern es sich hierbei:
- a) nicht um ein Mitglied handelt, dessen Anspruch auf Vorteile der Dienste der Zusatzversicherung entzogen wurde und welches die in § 4, Abs. 5 oder 6 genannte Frist nicht beendet hat;
- b) um ein Mitglied handelt, das sich in einer der folgenden Situationen befindetet:
- das Mitglied war mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war;
 - das Mitglied war nicht mit seiner Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, jedoch hat es die Zahlung der rückständigen Beiträge an die betreffenden Krankenkassen geleistet und zwar spätestens in dem Monat, in dem die neue Mitgliedschaft, nach Ablauf der Unterbrechungszeit, beginnt;
- ii° mit einem Zeitraum, für den das Mitglied nicht mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung war, in anderen als unter b), i° genannten Situationen.

Bei der Berechnung der in Punkt 2° genannten Referenzperiode gelten die Beiträge als gezahlt, an deren Zahlung das Mitglied aufgrund einer kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses, d.h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens, gesetzlich gehindert ist, und zwar während des Zeitraums vom ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der in Artikel 2quater, Absatz 3 oder 4 des K.E. vom 7. März 1991 genannte Zeitraum endet, bis zum Ende des Monats, der dem Monat vorausgeht, in dem das Ereignis eintritt, das gemäß der Satzung Anlass zur Gewährung eines Vorteils aus einer in Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Dienste geben kann.

Das Mitglied, das während eines Teils der in Punkt 2° genannten Referenzperiode als Person zu Lasten eingetragen war und welches, seit es in der Referenzperiode als Hauptversicherte eingetragen wurde in Ordnung ist, wird für die gesamte Referenzperiode und, sofern nicht das Gegenteil bewiesen wird, für die drei Monate unmittelbar nach diesem Zeitraum als mit der Beitragszahlung in Ordnung angesehen.

Das Mitglied, das seit dem 1. Januar 2019 mit seiner Beitragszahlung in Ordnung ist, gilt ebenfalls, bis zum 31. Dezember 2020, hinsichtlich der Feststellung, ob es einen Vorteil in Anspruch nehmen kann bezüglich eines nach dem 31. Dezember 2018 eingetretenen Ereignisses, als mit der Beitragszahlung in Ordnung für die Periode vor dem 1. Januar 2019. Diese Bestimmung lässt unberührt, dass das Verfahren zur Zahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 7 fünf Jahre nach Ablauf des Monats, auf den sich die rückständigen Beiträge beziehen, verjährt ist.

Gemäß des Königlichen Erlasses vom 14. Januar 2021 erfolgt das Inkrafttreten dieses Ausschlusses erst ab dem 1. Januar 2022. Versicherte, die seit dem 1. Januar 2019 bis zum 31. Dezember 2021 mit der Beitragszahlung nicht in Ordnung sind, können erst nach Zahlung der offenstehenden Beiträge seit dem 1. Januar 2019 und nach einer 24-monatigen Wartezeit die Leistungen der Zusätzlichen Dienste in Anspruch nehmen.

§ 3 Das Mitglied, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen, ausgesetzt wurde

Ist eine Person nicht in Ordnung mit den Beiträgen für die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 7, für einen Zeitraum, der nicht über den 23. Monat vor dem Monat hinausgeht, in dem das Ereignis, das zur

Zahlung eines Vorteils führen könnte, eintritt, so wird die Möglichkeit für diese Person, die Vorteile der Zusatzversicherung in Anspruch zu nehmen, ausgesetzt.

Bezüglich der Anwendung des vorherigen Absatzes:

- 1° Die Monate des vorgenannten Zeitraums, in denen die Person die Eigenschaft als Hauptversicherter verliert und als Person zu Lasten eines anderen Hauptversicherten eingetragen wird, sind gleichgestellt mit Monaten, in denen Beiträge gezahlt wurden.
- 2° Die Beiträge, welche das Mitglied auf legaler Basis nicht zahlen kann, weil es sich in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses befindet, d.h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens, gelten als bezahlt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode ohne Unterbrechung als Hauptversicherte bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war, werden die Monate der Nichtzahlung der Beiträge der Zusätzlichen Dienste während der Mitgliedschaft als Hauptversicherter in einer früheren Krankenkasse für die Anwendung des ersten Absatzes berücksichtigt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode für einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, wird diese Unterbrechungszeit gleichgestellt:

- 1° mit einem Zeitraum, für den die Person mit der Beitragszahlung in Ordnung war, insofern es sich hierbei:
 - a) nicht um ein Mitglied handelt, dessen Anspruch auf Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde und welches die in § 4, Absatz 5 oder 6 genannte Frist nicht beendet hat;
 - b) um ein Mitglied handelt, das sich in einer der folgenden Situationen befindet:
 - 1° das Mitglied war für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung;
 - 2° das Mitglied war nicht für alle Monate, in denen es während der obengenannten 23 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung, jedoch zahlt es die rückständigen Beiträge an die betreffende(n) Krankenkasse(n), im Monat des Beginns der neuen Mitgliedschaft nach Ablauf der Unterbrechungszeit;
- 2° mit einem Zeitraum, für den das Mitglied nicht mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung war, in anderen als unter 1° genannten Situationen.

Unbeschadet der Anwendung der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Verjährungsfrist, kann ein Mitglied, dessen Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste ausgesetzt wurde, nur nach Zahlung aller für den betreffenden Zeitraum von 23 Monaten und für den Monat, in dem das Ereignis eintritt, das gemäß der Satzung zu einer Zahlung des Vorteils führen könnte, diese in Anspruch nehmen.

§ 4 Das Mitglied, bei dem die Möglichkeit, die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen, entzogen wurde

Ist eine Person während eines Zeitraums von mehr als 24 Monaten nicht in Ordnung mit den Beiträgen für die Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 6 der vorliegenden Satzung, so wird ihr die Möglichkeit, die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen, entzogen.

Bezüglich der Anwendung des vorherigen Absatzes:

- 1° Die Monate des vorgenannten Zeitraums, in dem die Person die Eigenschaft als Hauptversicherter verliert und als Person zu Lasten eines anderen Hauptversicherten eingetragen wird, werden gleichgestellt mit Monaten, in denen Beiträge gezahlt wurden.
- 2° Die Beiträge, welche das Mitglied auf legaler Basis nicht zahlen kann, weil es sich in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder eines Konkurses befindet, d.h. vor dem Urteil über die Zulässigkeit oder dem Urteil über die Eröffnung des Insolvenzverfahrens, gelten als bezahlt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode ohne Unterbrechung als Hauptversicherte bei verschiedenen belgischen Krankenkassen angeschlossen war, werden die Monate der Nichtzahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste während der Mitgliedschaft als Hauptversicherte in einer früheren Krankenkasse bei der Anwendung des ersten Absatzes berücksichtigt.

Falls die Person während der im ersten Absatz genannten Referenzperiode für einen Zeitraum von einem oder mehreren Monaten nicht bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, wird diese Unterbrechungszeit gleichgestellt:

- 1° mit einem Zeitraum, für den die Person mit der Beitragszahlung in Ordnung war, insofern es sich hierbei:
 - a) nicht um ein Mitglied handelt, dessen Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde und dass die in Absatz 5 genannten Frist der „Wiederherstellung des Anspruchs“ nicht beendet hat;
 - b) um ein Mitglied handelt, das sich in einer der folgenden Situationen befindet:
 - 1° das Mitglied war für alle Monate, in denen es während der obengenannten 24 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit der Beitragszahlung für die Zusätzlichen Dienste in Ordnung;
 - 2° das Mitglied war nicht für alle Monate, in denen es während der obengenannten 24 Monate als hauptversicherte Person bei einer belgischen Krankenkasse angeschlossen war, mit seiner Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung, jedoch zahlt es die rückständigen Beiträge an die betreffende(n) Krankenkasse(n), im Monat des Beginns der neuen Mitgliedschaft nach Ablauf der Unterbrechungszeit;
- 2° mit einem Zeitraum, für den das Mitglied nicht mit der Beitragszahlung für die genannten Dienste in Ordnung war, in anderen als unter 1° genannten Situationen.

Unbeschadet der Anwendung der in Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Verjährungsfrist hat ein Mitglied, dessen Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde, keinen Anspruch mehr auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste im Sinne von Artikel 6. Erst nach einer nächstfolgenden Periode von 24 Monaten, während der die Beiträge für die Zusätzlichen Dienste gezahlt werden müssen, ohne jedoch irgendeinen Vorteil in Anspruch nehmen zu können, wird das Anrecht auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste wieder eröffnet.

Abweichend vom vorstehenden Absatz kann eine Person, die sich in einer schutzwürdigen Lage befindet, unbeschadet der Anwendung von Artikel 48bis des Gesetzes vom 6. August 1990 als Mitglied einer Krankenkasse angesehen werden, die einen Vorteil aus den in Artikel 3, Absatz 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Diensten im Sinne von Artikel 2, 1° des K.E. vom 7. März 1991 ziehen kann:

- 1° nach einer nächstfolgenden Periode von 6 Monaten, während der die Beiträge gezahlt werden müssen, ohne dass diese Person irgendeinen Vorteil aus diesen Diensten in Anspruch nehmen kann, wenn sich diese Person in einer schutzwürdigen Situation befindet:
 - entweder in den 6 Monaten vor dieser nächstfolgenden Periode;
 - oder während dieser nächstfolgenden Periode;
- 2° nach einer nächstfolgenden Periode von 6 bis 23 Monaten, für die Beiträge gezahlt wurden, ohne dass ein Vorteil aus diesen Diensten in Anspruch genommen werden konnte, wenn die schützenswerte Lage

nach dem 6. Monat dieser nächstfolgenden Periode, aber vor dem Ende des 23. Monats eintritt, der auf den Monat folgt, in dem diese nächstfolgenden Periode begonnen hat. In diesem Fall erstreckt sich die Dauer der nächstfolgenden Periode bis einschließlich des Monats, der dem Monat vorausgeht, in dem die schutzwürdige Situation begonnen hat.

Unter einer Person, die sich in einer im vorherigen Absatz erwähnten schutzwürdigen Situation befindet, ist die Person zu verstehen, die in den nachfolgenden Punkten 1° oder 2° genannt wird:

1° die Person, die sich während der 6 Monate vor dem Beginn der nächstfolgenden Periode von 6 Monaten, die in Absatz 4, 1° des K.E. vom 7. März 1991 erwähnt wird, in der sie (wieder) mit der Beitragszahlung beginnt, in einer der folgenden Situationen befindet:

- sie erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat ein Eingliederungseinkommen, das durch das Gesetz vom 26. Mai 2002 über das Recht auf soziale Eingliederung eingeführt wurde;
- sie erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat eine Unterstützung, die ganz oder teilweise von den föderalen Behörden übernommen wird gemäß Artikel 4 und 5 des Gesetzes vom 2. April 1965 über die Übernahme der von den öffentlichen Sozialhilfezentren gewährten Hilfeleistungen;
- sie nimmt während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat die durch das Gesetz vom 22. März 2001 eingeführte Einkommensgarantie für ältere Menschen in Anspruch;
- sie erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat die Einkommensgarantie für ältere Menschen, die durch das Gesetz vom 1. April 1969 eingeführt wurde, oder sie ist ein Begünstigter, der weiterhin Anspruch auf eine Rentenerhöhung gemäß diesem Gesetz hat;
- sie erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat eine Einkommensersatzbeihilfe für Personen mit einer Behinderung gemäß dem Gesetz vom 27. Februar 1987 über Beihilfen für Behinderte;
- sie steht während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat unter Haushaltsführung oder unter Haushaltsverwaltung beim ÖSHZ in Ausführung von Artikel 60, § 4 des Organisationsgesetzes der öffentlichen Sozialhilfezentren vom 8. Juli 1976;
- sie erhält während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat eine Arbeitslosenunterstützung, deren Betrag die Höhe der Einkommensgarantie für alleinstehende ältere Personen, die durch das Gesetz vom 22. März 2001 eingeführt wurde, nicht überschreitet;
- sie bezieht während eines ununterbrochenen Zeitraums von mindestens einem Monat Krankengeld, dessen Betrag die Höhe der Einkommensgarantie für alleinstehende ältere Personen, die durch das Gesetz vom 22. März 2001 eingeführt wurde, nicht übersteigt;
- sie befindet sich zumindest während eines Teils dieses Zeitraums in einer kollektiven Schuldenregelung;
- sie befindet sich in Konkurs, sofern das Urteil, mit dem der Konkurs erklärt wird, während des genannten Zeitraums ergangen ist und es sich nicht um einen betrügerischen Konkurs handelt.

2° die Person, die sich in der in Absatz 4, 2° des K.E. vom 7. März 1991 erwähnten nächstfolgenden Periode in einer in 1° genannten Situation für mindestens die gleiche Dauer befindet wie diejenige, die unter 1° genannt wird. Für die Anwendung dieser Bestimmung muss das im letzten Punkt unter 1° genannte Urteil während dieses nächstfolgenden Zeitraums ergangen sein.

Wenn das Ereignis, das aufgrund der Satzung Anlass zur Gewährung eines Vorteils geben kann, nach der in Absatz 4, 2° des K.E. vom 7. März 1991 erwähnten nächstfolgenden Periode eintritt, jedoch vor dem Ende des 23. Monats, der auf den Monat folgt, in dem diese nächstfolgende Periode begonnen hat, kann diese Person, in Abweichung von Artikel 2bis, §1er, 2° des K.E. vom 7. März 1991, den Vorteil erhalten, wenn sie

für den Zeitraum zwischen dem Monat, für den sie (wieder) mit der Beitragszahlung begonnen hat, und dem Monat, in dem dieses Ereignis eintritt, Beiträge gezahlt hat.

Der nächstfolgende Periode gemäß Artikel 2quater, Absatz 3 oder 4 des K.E. vom 7. März 1991 wird ausgesetzt:

1. während der Zeit, in der das Mitglied, welches mit der Zahlung der Beiträge für einen nächstfolgenden Zeitraum begonnen hat, gesetzlich an der Zahlung gehindert wird, weil es sich in einer Situation der kollektiven Schuldenregelung oder des Konkurses befindet;
2. während des Zeitraums, in dem das Mitglied, das mit der Zahlung der Beiträge für einen nächstfolgenden Zeitraum begonnen hat, die Eigenschaft als Hauptversicherter verloren hat und als Person zu Lasten eines anderen Hauptversicherten eingetragen ist, der mit der Zahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste nicht in Ordnung ist.

Wenn ein Mitglied, dem der Anspruch auf die Vorteile der Zusätzlichen Dienste entzogen wurde, während der in Absatz 5 genannten Periode der "Wiederherstellung des Anspruchs" ohne Unterbrechung als hauptversicherte Person bei mehreren belgischen Krankenkassen angeschlossen war, so werden die 24 Monate ab dem ersten Tag des Monats gezählt, für den die Beiträge für die genannten Dienste bei derjenigen Krankenkasse, bei der er als erste während dieses Zeitraums angeschlossen war, gezahlt wurden.

Im Falle der Unterbrechung der Mitgliedschaft bei einer belgischen Krankenkasse in der Eigenschaft als Hauptversicherter, nach Beginn der in Absatz 5 genannten Frist der "Wiederherstellung des Anspruchs", setzt diese Unterbrechung die erwähnte Wiederherstellungsfrist von 24 Monaten (für welche Beiträge gezahlt werden müssen ohne jedoch irgendeinen Vorteil in Anspruch nehmen zu können) aus; diese Unterbrechung darf jedoch fünf Jahre nicht überschreiten.

Gemäß des Königlichen Erlasses vom 14. Januar 2021 erfolgt das Inkrafttreten dieses Ausschlusses erst ab dem 1. Januar 2022. Versicherte, die seit dem 1. Januar 2019 bis zum 31. Dezember 2021 mit der Beitragszahlung nicht in Ordnung sind, können erst nach Zahlung der offenstehenden Beiträge seit dem 1. Januar 2019 und nach einer 24-monatigen Wartezeit die Leistungen der Zusätzlichen Dienste in Anspruch nehmen.

Artikel 8 – Erstattung von zu Unrecht gewährten Vorteilen der Zusatzversicherung

Der Anspruch auf Rückforderung des Wertes der zu Unrecht gewährten finanziellen Zuwendungen und Geldleistungen, im Zusammenhang mit den Zusätzlichen Diensten im Sinne von Artikel 6, erlischt zwei Jahre nach Ablauf des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

Diese Verjährung ist nicht anwendbar, falls die unrechtmäßige Gewährung von finanziellen Zuwendungen und Geldleistungen auf betrügerische Handlungen zurückzuführen ist, für welche die Person verantwortlich ist, die davon profitiert hat. In diesem Fall beträgt die Verjährungsfrist fünf Jahre ab dem Ende des Monats, in dem die Zahlung erfolgt ist.

Kapitel III

Die Generalversammlung

Artikel 9 – Zusammensetzung und Mandatsdauer der Generalversammlung

1° Die Generalversammlung setzt sich, gemäß den Bestimmungen des Gesetzes vom 6. August 1990 sowie den Königlichen Erlassen zu dessen Ausführung aus Delegierten zusammen, und zwar einen Delegierten pro 1.000 Mitglieder. Es handelt sich hierbei um die Hauptversicherten gemäß dem koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994. Die Generalversammlung muss aus mindestens 15 Mitgliedern bestehen.

Diese Delegierten werden von den in Belgien oder im Ausland wohnhaften wahlberechtigten Mitgliedern und deren wahlberechtigten Personen zu Lasten für eine Zeitspanne von höchstens sechs Jahren gewählt. Dies schließt nicht aus, dass das Mandat später erneuert werden kann.

2° Um als Delegierter gewählt zu werden und in der Generalversammlung der Krankenkasse bleiben zu können, müssen nachstehende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Person muss Mitglied der Krankenkasse oder Person zu Lasten eines Mitgliedes sein gemäß Artikel 2, § 3, Abs. 1er des Gesetzes vom 6. August 1990;
2. Es muss mit der Beitragszahlung für die in Artikel 3, Abs. 1, b) und c) des Gesetzes vom 6. August 1990 genannten Leistungen in Ordnung sein, die für die Mitglieder der Krankenkasse und für ihre Personen zu Lasten organisiert sind;
3. Es darf sich nicht um ein Personalmitglied der Freien Krankenkasse handeln oder um ein ehemaliges Personalmitglied der Krankenkasse, welches aus nicht-wirtschaftlichen Gründen oder aus anderen in der Satzung genannten Gründen entlassen worden ist;
4. Die Person muss der Krankenkasse seit wenigstens 2 Jahren vor Aufruf zu den Kandidaturen angeschlossen sein. Die Dauer der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse, die mit der Krankenkasse zusammengelegt wurde (Fusion), wird berücksichtigt;
5. Alle sonstigen in der Satzung festgelegten Bedingungen müssen eingehalten werden. Das Recht auf eine Kandidatur oder Wahl darf jedoch nicht in unzulässiger oder unverhältnismäßiger Weise eingeschränkt werden.

Wird eine Krankenkasse von einer anderen Krankenkasse im Rahmen einer Fusion übernommen, die am 1. Januar des Jahres in Kraft tritt, in dem die Wahl der Generalversammlung der übernehmenden Krankenkasse stattfindet:

- 1° so sind die Mitglieder der Krankenkasse, die übernommen werden soll, als Mitglieder der übernehmenden Krankenkasse anzusehen;
- 2° so sind die Personalmitglieder der Krankenkasse, die übernommen werden soll, als Personalmitglieder der übernehmenden Krankenkasse anzusehen.

Unbeschadet aller übrigen vom Gesetz festgelegten Bedingungen muss jeder stimmberechtigte Delegierte in der Generalversammlung der Krankenkasse von guter Führung sein und über seine bürgerlichen Rechte verfügen.

3° Personalmitglieder des Landesbundes der Freien Krankenkassen, die Mitglied der Freien Krankenkasse sind, können für ein Mandat in der Generalversammlung der Freien Krankenkasse kandidieren und sind, insofern sie gewählt werden, stimmberechtigt. Gleiches gilt für Personalmitglieder der

Versicherungsgesellschaft im Sinne von Artikel 43bis oder Artikel 70, §§ 6 oder 7 des Gesetzes vom 6. August 1990, deren Sektion bzw. Versicherungsvertreter die Freie Krankenkasse ist.

4° Die gesetzlichen Bestimmungen sehen vor, wie die Mitglieder gewählt werden.

5° Der König bestimmt die Mindest- und Höchstzahl der Mitglieder der Generalversammlung der Krankenkassen.

6° Die Generalversammlung kann maximal 5 Berater hinzu wählen. Diese haben beratende Stimme. Die Mitglieder der Direktion der Krankenkasse können der Generalversammlung mit beratender Stimme beiwohnen.

7° Personen, die vom Verwaltungsrat des Landesbundes einen entsprechenden Auftrag erhalten haben, können mit beratender Stimme an den Sitzungen der Generalversammlung der Krankenkasse teilnehmen.

Artikel 10 – Wahlbezirk

Die Krankenkasse besteht aus einem einzigen Wahlbezirk, ungeachtet des Wohnsitzes der Mitglieder und ihrer mitversicherten Personen.

Artikel 11 – Wahlen

Die wahlberechtigten Mitglieder und deren wahlberechtigte Personen zu Lasten wählen unter den Personen, die ihre Kandidatur für ein Mandat gültig eingereicht haben, die Anzahl Delegierten, die im Artikel 9 vorgesehen sind.

Die Zahl der Delegierten beschränkt sich auf die Anzahl, die im Gesetz vom 6. August 1990 sowie in den Königlichen Erlassen zu dessen Ausführung festgelegt sind.

Artikel 12 – Aktives Wahlrecht

Für die Wahl der Delegierten zur Generalversammlung haben aktives Wahlrecht:

- 1° Mitglieder der Krankenkasse, sowie deren Personen zu Lasten, die:
- 2° volljährig oder großjährig sind;
- 3° angeschlossen sind seit dem 30. Juni des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Generalversammlung neu aufgestellt wird.

Artikel 13 – Passives Wahlrecht

Für die Generalversammlung haben passives Wahlrecht (d.h. sind wählbar):

- 1° Mitglieder sowie deren Personen zu Lasten, welche aktives Wahlrecht im Sinne von Artikel 12 haben und die:
- 2° von guter Führung sind und über ihre bürgerlichen Rechte verfügen;
- 3° mit der Beitragszahlung in Ordnung sind;
- 4° seit wenigstens 2 Jahren vor dem Wahldatum angeschlossen sind.

Kein passives Wahlrecht haben:

- 1° Personalmitglieder der Krankenkasse, ehemalige Personalmitglieder der Krankenkasse oder des Landesbundes welche aus nicht-wirtschaftlichen Gründen entlassen worden sind;
- 2° Mitglieder oder deren Personen zu Lasten, die gerichtlich gegen die Krankenkasse vorgegangen sind.

Artikel 14 – Vorgehensweise bei Wahlen

1. Aufruf zur Einreichung der Kandidaturen, ggfs. mit der Bitte eines Motivationsschreibens, auf der Website der Krankenkasse und mindestens über einen der folgenden Kanäle:
 - in der Mitgliederzeitschrift der Krankenkasse;
 - per E-Mail;
 - im Begleitschreiben der Zahlungsaufforderung;
 - in Veröffentlichungen, die in den Kontaktstellen verfügbar sind.Der Aufruf ist zu starten spätestens am 31. Oktober des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Wahlen der Krankenkasse stattfinden.
2. Einreichen der Kandidaturen, ggfs. mit Motivationsschreiben, gemäß den Modalitäten von Artikel 16 der vorliegenden Satzung.
Die Kandidaturen sind einzureichen bis spätestens am 30. November des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Wahlen der Krankenkasse stattfinden.
3. Mitteilungsverfahren und Frist für die Verweigerung einer Kandidatur: spätestens am 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, in dem die Wahlen der Krankenkasse stattfinden.
4. Übermittlung der Kandidatenliste unter Berücksichtigung der Entscheidung des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen bzgl. der Beschwerden, die im Anschluss an die Verweigerung der Kandidatur durch den Vorsitzenden gemäß den Satzungsbestimmungen eingereicht wurden: spätestens am 28. Februar des Jahres, in dem die Wahlen der Krankenkasse stattfinden.
5. Aufruf zu den Wahlen auf Basis der endgültigen Kandidatenliste und Mitteilung des Wahldatums: spätestens am 15. März des Jahres, in dem die Wahlen der Krankenkasse stattfinden.
6. Wahlen: frühestens 8 Kalendertage nach dem Aufruf.
7. Mitteilung der Wahlergebnisse über die gleichen Kanäle wie die unter Punkt 1. genannten Kanäle: spätestens 15 Kalendertage nach dem Tag, an dem alle Abstimmungen stattgefunden haben, oder nachdem festgestellt wurde, dass keine Wahl erforderlich ist, da die Zahl der Kandidaten kleiner oder gleich der tatsächlichen Zahl der zu vergebenden Mandate ist.
8. Einsetzen der neuen Generalversammlung: spätestens am 30. Juni des Jahres, in dem die Wahlen der Krankenkassen stattgefunden haben.

Artikel 15 – Aufruf zu den Kandidaturen

Das Mitglied und dessen Personen zu Lasten, die nach Artikel 12 aktives und passives Wahlrecht haben, werden durch persönliche Schreiben oder durch Veröffentlichungen, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind, informiert über:

1. Den Aufruf zu den Kandidaturen, sowie über die Bedingungen, welche für die gültige Einreichung einer Kandidatur erfüllt sein müssen;
2. Die äußerste Frist zur Einreichung der Kandidaturen;
3. Alle Daten zum Wahlverfahren.

Das Mitglied und dessen Personen zu Lasten, die kandidieren möchten, verfügen hierzu über eine Zeitspanne von 15 Kalendertagen ab dem Versanddatum des persönlichen Schreibens betreffend den Aufruf zu den Kandidaturen; das Postdatum ist ausschlaggebend. Geschieht der Kandidatenaufruf über eine Veröffentlichung, die für die Mitglieder bestimmt ist, so beginnt die Zeitspanne von 15 Kalendertagen ab dem Ende des Monats, während dem die Veröffentlichung verschickt wurde.

Artikel 16 – Einreichung der Kandidatur

Die Kandidaturen werden per Einschreibebrief an den Vorsitzenden der Krankenkasse gerichtet.

Wenn der Vorsitzende feststellt, dass der Kandidat den Bedingungen zur Wählbarkeit, die in Artikel 13 der vorliegenden Satzung vorgesehen sind, nicht genügt, informiert er den betreffenden Kandidaten innerhalb von 15 Kalendertagen ab dem ersten Tag nach dem Versanddatum der Kandidatur per Einschreibebrief über die begründete Verweigerung der Aufnahme auf die Liste.

Der Kandidat, der den Verweigerungsgrund anfecht, kann gemäß Artikel 36 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991 beim Aufsichtsamt für die Krankenkassen klagen.

Das Aufsichtsamt verfügt über 20 Kalendertage, um dem betreffenden Kandidaten, sowie dem Vorsitzenden der Krankenkasse seine Entscheidung mitzuteilen.

Artikel 17 – Listenaufstellung

Es wird eine Liste der gültig eingereichten Kandidaturen aufgestellt.

Die Kandidaten werden in alphabetischer Reihenfolge aufgezählt.

Artikel 18 – Mitteilung der Kandidatenliste an die Mitglieder

Die Wahlperiode, sowie die Liste der Kandidaten, welche die Bedingungen zur Wählbarkeit erfüllen, müssen den stimmberechtigten Mitgliedern und Personen zu Lasten durch eine Veröffentlichung innerhalb von höchstens 90 Kalendertagen ab dem Datum des Kandidatenaufrufs mitgeteilt werden.

Die Wahlen beginnen spätestens innerhalb von 30 Tagen nach dieser Mitteilung.

Artikel 19 – Wahlvorstand

Die Organisation der Wahlen und deren Kontrolle werden einem Wahlvorstand bestehend aus einem Vorsitzenden, einem Sekretär und drei Beisitzern anvertraut. Der Wahlvorstand wird spätestens 30 Tage vor dem Beginn der Wahlperiode gebildet.

Der Vorsitzende und die Beisitzer des Wahlvorstandes werden vom Verwaltungsrat bestimmt.

Der Sekretär wird vom Vorsitzenden aus den Personalmitgliedern der Krankenkasse bestimmt.

Die Kandidaten dürfen dem Wahlvorstand nicht angehören.

Der Wahlvorstand ergreift alle Maßnahmen, welche einen ordnungsgemäßen Ablauf der Wahlen gewährleisten.

Für jedes Wahllokal bestimmt der Vorsitzende außerdem einen Sekretär aus den Personalmitgliedern der Krankenkasse, um das Wahlverfahren im Wahllokal zu überwachen und die Stimmzettel so schnell wie möglich dem Wahlvorstand auszuhändigen.

Artikel 20 – Wählerlisten

Die Eigenschaft als Wähler gemäß Artikel 12 und 13 wird durch die Eintragung in der Wählerliste festgestellt. Auf dieser Liste sind der Name, die Vornamen, die Mitgliedsnummer sowie die Anschrift eines jeden Wählers vermerkt.

Die Aufstellung der Wählerliste wird 60 Tage vor Beginn der Wahlperiode abgeschlossen.

Artikel 21 – Stimmabgabe

Es besteht Wahlfreiheit.

Die Stimmabgabe erfolgt in einem Wahllokal oder durch ein elektronisches Verfahren (siehe Artikel 21ter).

Artikel 21bis – Wahl in einem Wahllokal

Für die Wahl in einem der Wahllokale wird der Wähler spätestens 10 Tage vor der Wahlperiode durch eine für die Mitglieder bestimmte Veröffentlichungen über den Ort, wo die Wahllokale sich befinden, sowie über die Daten und Uhrzeiten, zu denen gewählt werden kann, informiert.

Die Liste der gültig eingereichten Kandidaturen liegt in den Wahllokalen aus.

Der Stimmzettel muss vor Ende der Wahlperiode, d.h. vor dem 31. Mai des Wahljahres eingereicht werden. Nach diesem Datum eintreffende Stimmzettel gelten als ungültig.

Im jeweiligen Wahllokal schreibt der Sekretär, der vom Wahlvorstand bestimmt wird (siehe Artikel 19, letzter Absatz), die Identität der Wähler auf, die vorstellig werden, und prüft, ob sie der Wählerliste angehören.

Nach der Schließung des Wahllokals händigt der Delegierte des Wahlvorstandes dem Vorsitzenden des Wahlvorstandes noch am gleichen Tag die Stimmzettel in einer versiegelten Urne aus.

Artikel 21ter – Wahl in elektronischer Form

Die Wahl kann auf elektronischem Wege vor Ort oder auf Distanz erfolgen, insofern die seitens des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind.

Der Stimmzettel muss vor Ende der Wahlperiode, d.h. vor dem 31. Mai des Wahljahres eingereicht werden. Nach diesem Datum eintreffende Stimmzettel gelten als ungültig.

Artikel 22

Das wahlberechtigte Mitglied und dessen wahlberechtigte Personen zu Lasten können so viele Stimmen abgeben, wie Mandate zu besetzen sind.

Wählen anhand einer Vollmacht ist untersagt.

Artikel 23 – Auszählung der Stimmzettel

Die Auszählung der Stimmzettel wird unmittelbar nach Ablauf der Wahlzeit vom Wahlvorstand vorgenommen.

Die Kandidaten gelten in der Reihenfolge der Anzahl erhaltener Stimmen als gewählt.

Bei Stimmgleichheit mehrerer Kandidaten gilt der älteste Kandidat als gewählt.

Ungültig sind:

- andere Stimmzettel als die, die dem Wähler ausgehändigt, bzw. zugestellt wurden;
- Stimmzettel mit mehr Stimmabgaben als zu vergebende Mandate;
- Stimmzettel ohne Stimmabgabe;
- Stimmzettel, auf denen durchgestrichen oder überschrieben wurde.

Der Wahlvorstand führt Protokoll über den Ablauf der Wahlen und über die Anzahl abgegebener Stimmen, die Anzahl gültiger Stimmabgaben, die Art und Weise der Überprüfung der Identität der Wähler und den Wahlausgang.

Artikel 24 – Freistellung von der Durchführung einer Abstimmung

Wenn die Anzahl Kandidaten gleich oder geringer ist als die Anzahl der effektiv zu vergebenden Mandate, so

gelten diese Kandidaten automatisch als gewählt (siehe Artikel 14 und 15 des Königlichen Erlasses vom 7. März 1991).

Artikel 25 – Bekanntgabe an die Mitglieder, Einspruch

Die stimmberechtigten Mitglieder und deren stimmberechtigte Personen zu Lasten werden durch persönliche Schreiben oder durch Veröffentlichungen, die für die Mitglieder der Krankenkasse bestimmt sind, spätestens 15 Kalendertage nach dem Abschluss der Wahlen über deren Ausgang informiert.

Jedes betroffene Mitglied, das die Resultate und den Verlauf der Wahlen anfechten möchte, kann dem Aufsichtsamt per Einschreiben einen begründeten Antrag zusenden und dies innerhalb der ersten 10 Kalendertage nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses.

Das Aufsichtsamt verfügt über 30 Kalendertage, um den Betroffenen die Entscheidung mitzuteilen. Es behält sich das Recht vor, die Parteien vorzuladen, um sie zu ihrer Verteidigung anzuhören. Die betroffenen Parteien können ebenfalls einen Antrag auf Anhörung durch das Aufsichtsamt stellen.

Die Entscheidung des Aufsichtsamtes ist definitiv.

Artikel 26 – Bekanntgabe an das Aufsichtsamt

Die Veröffentlichungen und/oder Briefe, die in den Artikeln 15, 16, 18, 20, 21, 21bis und 25 dieser Satzung vorgesehen sind, werden dem Aufsichtsamt zur gleichen Zeit wie den Mitgliedern der Krankenkasse zugestellt.

Ein Exemplar der Wahlordnung, die Zusammensetzung des Wahlvorstandes und eine Kopie des Protokolls über den Wahlverlauf werden unverzüglich dem Landesbund, dem die Krankenkasse angeschlossen ist, sowie dem Aufsichtsamt zugestellt.

Artikel 27 – Einsetzung der Generalversammlung

Die neue Generalversammlung wird innerhalb einer Frist von 30 Kalendertagen nach Abschluss der Wahlperiode eingesetzt. Ein Einspruch beim Aufsichtsamt hebt diese Zeitspanne um 30 Tage auf.

Die Generalversammlung kann maximal 5 Berater hinzu wählen. Diese haben beratende Stimme.

Die Mitglieder der Direktion der Krankenkasse können der Generalversammlung mit beratender Stimme beiwohnen.

Artikel 27bis – Verlust der Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung

A. Durch Beschluss der Generalversammlung der Krankenkasse verliert eine Person ihre Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung, wenn:

1° sie ein Verwaltungsratsmitglied in dessen Amtsausübung verleumdet.

2° sie während der Versammlung einen Delegierten oder ein Verwaltungsratsmitglied bedroht oder beleidigt.

3° sie den Interessen der Krankenkasse zuwiderhandelt.

4° sie sich der Satzung und den Verordnungen der Krankenkasse widersetzt.

5° über sie eine rechtskräftige kriminelle Strafe oder eine Gefängnisstrafe von mehr als 3 Monaten verhängt wurde.

6° sie drei aufeinander folgende Male unentschuldigt der Generalversammlung ferngeblieben sind.

B. Die Person, die nicht mehr Mitglied der Krankenkasse ist, verliert sofort ihre Eigenschaft als Delegierter.

Artikel 28 – Zuständigkeit der Generalversammlung

Die Generalversammlung berät und beschließt über folgende Angelegenheiten:

1. Die Änderung der Satzung.
2. Die Wahl und die Absetzung der Verwaltungsratsmitglieder.
3. Die Zustimmung zum Haushalt und den Jahresrechnungen.
4. Die Gewährung von Anwesenheitsgeldern oder Kostenerstattungen an Verwaltungsratsmitglieder und an Mitglieder der Generalversammlung (s. Artikel 29ter).
5. Die Bestimmung eines oder mehrerer Betriebsrevisoren.
6. Die Zusammenarbeit mit Dritten, unter Berücksichtigung der diesbezüglichen gesetzlichen Vorschriften.
7. Die Fusion mit einer anderen Krankenkasse.
8. Die Mitgliedschaft in einem Landesbund.
9. Den Wechsel zu einem anderen Landesbund.
10. Die Auflösung sowie die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Liquidation der Krankenkasse.

Die Generalversammlung kann dem Verwaltungsrat ihre Zuständigkeit, für die in Kapitel V vermerkten Beitragsanpassungen, übertragen.

Diese Übertragung ist gültig für ein Jahr und kann erneuert werden.

Artikel 29 – Einberufungsmodi

Einberufung

Die ordentliche Generalversammlung wird durch den Verwaltungsrat einberufen zwecks Abstimmung der jährlichen Abrechnungen und des Haushaltes.

Die ordentliche Generalversammlung tagt vor dem 30. Juni.

Die Einberufung kann individuell geschehen oder durch eine Mitteilung in einer für alle Mitglieder der Krankenkasse zugänglichen Veröffentlichung. Diese Mitteilung wird spätestens 20 Tage vor dem Datum der Generalversammlung verschickt oder veröffentlicht.

Dokumentation

Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt spätestens 8 Tage vor dem Datum der Generalversammlung über folgende Unterlagen:

1. Den Tätigkeitsbericht des abgelaufenen Geschäftsjahres je nach den verschiedenen Diensten.
2. Den Ertrag der Mitgliederbeiträge, ihre Verwendung, bzw. Aufteilung auf die verschiedenen Dienste.
3. Den Entwurf der Jahresrechnungen einschließlich der Bilanz, der Ergebnisrechnung, der Erklärungen, sowie des Berichtes der Revisoren.
4. Den Haushaltsentwurf für das folgende Geschäftsjahr, sowohl global als auch aufgeteilt auf die verschiedenen Dienste.
5. Den Jahresbericht bzgl. der Zusammenarbeit mit Dritten.

Konstituierung und Beschlussfassung

Die ordentliche Generalversammlung ist satzungsgemäß konstituiert, wenn die absolute Mehrheit der Delegierten anwesend ist. Wenn diese Bedingung jedoch nicht erfüllt ist, so entscheidet sie satzungsgemäß, ungeachtet der Zahl der anwesenden Mitglieder, insofern die Delegierten zum zweiten Male für dieselbe Tagesordnung eingeladen worden sind.

Ein Beschluss gilt als angenommen, wenn eine einfache Stimmenmehrheit vorliegt, außer wenn das Gesetz oder die vorliegende Satzung es anders vorschreibt.

Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme.

Wenn es einem Mitglied unmöglich ist, an einer Sitzung der Generalversammlung teilzunehmen, so kann es ein anderes Generalversammlungsmitglied zur Stimmabgabe bevollmächtigen.
Jedes Generalversammlungsmitglied kann höchstens 1 Vollmacht erhalten.

Die ordentliche Generalversammlung muss sich nicht physisch versammeln. In Ausnahmefällen, wenn Dringlichkeit oder außergewöhnliche Umstände dies erfordern, können die Sitzungen durch eine Videokonferenz, sonstige Telekommunikationsmittel oder schriftlich abgehalten werden, vorausgesetzt 2/3 der Mitglieder der Generalversammlung erteilen hierzu ihr Einverständnis.

Versammlungsmodi

- 1° Die Generalversammlung ist in der Regel physisch abzuhalten.
Um möglichst vielen Mitgliedern der Generalversammlung die Teilnahme an der Generalversammlung zu ermöglichen, kann der Verwaltungsrat ferner die Möglichkeit vorsehen,
1. auf Distanz durch eine Videokonferenz an der Versammlung teilzunehmen;
 2. schriftlich abzustimmen vor dem Abhalten der Versammlung.

Der Verwaltungsrat sorgt dafür, dass

- a) die Sicherheit des elektronischen Kommunikationsmittels gewährleistet ist;
- b) die Berechtigung und die Identität der Generalversammlungsmitglieder überprüft werden kann.

Die in diesem Absatz genannten Befugnisse des Verwaltungsrates können gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 übertragen werden.

- 2° Abweichend von Absatz 1° kann der Verwaltungsrat in Ausnahmefällen, wenn Dringlichkeit oder außergewöhnliche Umstände dies erfordern, die Sitzungen durch eine Videokonferenz, sonstige Telekommunikationsmittel oder schriftlich organisieren.

Unter „außergewöhnliche Umstände“ sind alle Umstände, die die Durchführung einer Präsenzveranstaltung unmöglich machen oder verbieten, zu verstehen.

Unter „Dringlichkeit“ ist zu verstehen: jede Situation, die ein rasches Handeln erfordert, um einen Schaden zu vermeiden oder um die Frist einzuhalten, innerhalb der eine Entscheidung zu treffen ist.

- 3° Die Einberufungsfristen, die vorgesehene Beschlussfähigkeit und die erforderliche Mehrheit, die im Gesetz vom 6. August 1990 oder in dieser Satzung vorgesehen sind, um die Beschlussfassung der Generalversammlung wirksam zu machen, bleiben in den unter 1° und 2° genannten Fällen anwendbar. Was die zu erreichende Beschlussfähigkeit betrifft, so gelten die Generalversammlungsmitglieder, die an der Generalversammlung durch eine Videokonferenz teilnehmen oder ihre Stimmenabgabe schriftlich vor der Sitzung eingereicht haben, als bei der Sitzung anwesend. In einem solchen Fall dürfen den Generalversammlungsmitgliedern keine Fahrkosten erstattet werden.

Die satzungsgemäßen Bestimmungen über die Möglichkeit der Vollmachterteilung finden auch Anwendung, wenn die Sitzung durch eine Videokonferenz gemäß 1° oder 2° organisiert wird. Vollmachten sind hingegen nicht zulässig, wenn die Generalversammlung in schriftlicher Form abgehalten wird.

- 4° Im Einladungsschreiben zur Generalversammlung werden die Art und Weise, in der die Versammlung stattfinden wird, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit genannt, die die Grundlage für die Wahl dieser Art der Tagung bildet.

Die Einladung enthält eine transparente Beschreibung bezüglich der Teilnahme an der Sitzung in elektronischer oder in schriftlicher Form, über die Möglichkeit, vor der Sitzung die Stimme abzugeben und über die Möglichkeit, einem anderen gewählten Delegierten eine Vollmacht zu erteilen oder nicht.

5° Wird die Generalversammlung per Videokonferenz organisiert, so muss das elektronische Kommunikationsmittel es den Generalversammlungsmitgliedern ermöglichen, unmittelbar, gleichzeitig und kontinuierlich von den Beratungen in der Generalversammlung Kenntnis zu nehmen und ihr Stimmrecht in allen Punkten auszuüben, zu denen die Generalversammlung Stellung nehmen soll. Das elektronische Kommunikationsmittel soll den Generalversammlungsmitgliedern die Möglichkeit geben, an den Beratungen teilzunehmen und Fragen zu stellen.

6° Wird die Generalversammlung in schriftlicher Form abgehalten, so gilt Folgendes:

1. das Einladungsschreiben enthält die Tagesordnung der Generalversammlung, die Gründe für die Abhaltung in schriftlicher Form, erforderliche Informationen für das Einreichen von Fragen und einen Stimmzettel mit dem Vermerk „stimme zu“, „lehne ab“ und „enthalte mich“;
2. in der Einladung ist die Frist für die Abgabe der Stimme, die Postanschrift und/oder die E-Mail-Adresse vermerkt, an welche die Abstimmung zu versenden ist;
3. in der Einberufung ist die Frist anzugeben, innerhalb der schriftliche Fragen gestellt werden können. Der Verwaltungsrat stellt sicher, dass die Antworten auf die Fragen allen Mitgliedern zur Verfügung stehen, damit sie diese bei der Stimmabgabe berücksichtigen und/oder ihre Stimmabgabe entsprechend diesen Fragen und Antworten ändern können, wenn sie bereits abgestimmt hatten.

Wird das schriftliche Verfahren angewandt, so können die Mitglieder bis zu vier Arbeitstage vor der Generalversammlung Bemerkungen und/oder Einwände zu den einzelnen Punkten vorbringen. Im Falle einer postalischen Antwort gilt das Datum des Poststempels als Nachweis dafür, dass die Stimmabgabe innerhalb der vorgeschriebenen Frist erfolgt ist.

7° Der Bericht der Versammlung enthält die gestellten Fragen und Bemerkungen, die Antworten, die abgegebenen Abstimmungen und die gefassten Beschlüsse sowie

1. die Zahl der anwesenden Mitglieder der Generalversammlung;
2. ggfs. die Zahl der gewählten Delegierten, die eine Vollmacht erteilt haben;
3. die Zahl der nicht anwesenden oder vertretenen Delegierten;
4. die Art und Weise, in der die Generalversammlung abgehalten wurde, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder Dringlichkeit, die der Wahl der Sitzungsform zugrunde liegen;
5. alle technischen Probleme und Zwischenfälle, die die elektronische Teilnahme an der Sitzung oder an der Abstimmung verhindert oder gestört haben;
6. die Zahl der Mitglieder der Generalversammlung, die an der Sitzung per Videokonferenz teilgenommen haben, und die Zahl der anwesenden Delegierten;
7. ggfs. die Zahl der gewählten Delegierten, die vor der Sitzung ihre Stimmabgabe mitgeteilt haben.

Der Bericht oder die Anwesenheitsliste muss außerdem folgende Punkte enthalten:

1. die Identität der anwesenden Mitglieder der Generalversammlung;
2. die Identität der gewählten Delegierten, die eine Vollmacht erteilt haben sowie an wen diese erteilt wurde;
3. die Identität der gewählten Delegierten, die weder anwesend noch vertreten waren;
4. ggfs. die Identität der gewählten Delegierten mit Angabe der Art ihrer Teilnahme an der Sitzung (präsent, Videokonferenz oder in schriftlicher Form).

8° Der Verwaltungsrat kann die Einberufung der Generalversammlung sowie die unter 1° und 2° genannten Befugnisse gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 delegieren.

Artikel 29bis – Berichterstattung an den Landesbund

1° Die Krankenkasse übermittelt dem Landesbund, dem sie angehört, nachstehende Dokumente spätestens einen Monat nach deren Genehmigung:

1. Berichte und Protokolle der Sitzungen der Generalversammlung;
2. Haushalt und Jahresrechnungen der Zusätzliche Dienste;
3. Bericht des Revisors über die Jahresrechnung der Zusätzlichen Dienste.

2° Der Landesbund erhält auf einfache Anfrage direkten Zugang zu den Dokumenten der Sitzungen der Generalversammlung der Krankenkasse.

Artikel 30 – Außerordentliche Generalversammlung

Eine außerordentliche Generalversammlung wird für alle Satzungsänderungen einberufen (außer Kapitel V, dessen Änderungen infolge Artikel 28 dem Verwaltungsrat übertragen werden können) und dies so oft, wie es der Verwaltungsrat für erforderlich hält oder wenn wenigstens 1/5 der Mitglieder der Generalversammlung den Antrag stellt.

Die Einladungen vermelden die Tagesordnung und werden den Delegierten wenigstens 20 Tage vor dem Versammlungstermin zugestellt.

Mit Ausnahme der Satzungsänderungen trifft die Außerordentliche Generalversammlung ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit.

1° Die außerordentliche Generalversammlung ist in der Regel physisch abzuhalten.

Um den Mitgliedern der Generalversammlung die Teilnahme an der außerordentlichen Generalversammlung zu ermöglichen, kann der Verwaltungsrat ferner die Möglichkeit vorsehen,

1. dass die Mitglieder auf Distanz durch eine Videokonferenz an der Versammlung teilnehmen;
2. dass die Mitglieder schriftlich abstimmen vor Abhalten der Versammlung.

Der Verwaltungsrat sorgt dafür, dass

- a) die Sicherheit des elektronischen Kommunikationsmittels gewährleistet ist;
- b) die Berechtigung und die Identität der Generalversammlungsmitglieder überprüft werden kann.

Die in diesem Absatz genannten Befugnisse des Verwaltungsrates können gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 übertragen werden.

2° Abweichend von Absatz 1 kann der Verwaltungsrat in Ausnahmefällen, wenn Dringlichkeit oder außergewöhnliche Umstände dies erfordern, die Sitzungen durch eine Videokonferenz, sonstige Telekommunikationsmittel oder schriftlich organisieren.

Unter „außergewöhnliche Umstände“ sind alle Umstände, die die Durchführung einer Präsenzveranstaltung unmöglich machen oder verbieten, zu verstehen.

Unter „Dringlichkeit“ ist zu verstehen: jede Situation, die ein rasches Handeln erfordert, um einen Schaden zu vermeiden oder um die Frist einzuhalten, innerhalb der eine Entscheidung zu treffen ist.

3° Die Einberufungsfristen, die vorgesehene Beschlussfähigkeit und die erforderliche Mehrheit, die im Gesetz vom 6. August 1990 oder in dieser Satzung vorgesehen sind, um die Beschlussfassung der außerordentlichen Generalversammlung wirksam zu machen, bleiben in den unter 1° und 2° genannten Fällen anwendbar.

Was die zu erreichende Beschlussfähigkeit betrifft, so gelten die Generalversammlungsmitglieder, die an der außerordentlichen Generalversammlung durch eine Videokonferenz teilnehmen oder ihre Stimmenabgabe schriftlich vor der Sitzung eingereicht haben, als bei der Sitzung anwesend. In einem solchen Fall können den Generalversammlungsmitgliedern keine Fahrkosten erstattet werden.

Die satzungsgemäßen Bestimmungen über die Möglichkeit der Vollmacht findet auch Anwendung, wenn die Sitzung durch eine Videokonferenz gemäß 1° oder 2° organisiert wird. Vollmachten sind hingegen nicht zulässig, wenn die außerordentliche Generalversammlung in schriftlicher Form abgehalten wird.

4° Im Einladungsschreiben zur außerordentlichen Generalversammlung werden die Art und Weise, in der die Versammlung stattfinden wird, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit genannt, die die Grundlage für die Wahl dieser Art der Tagung bildet.

Die Einladung enthält eine transparente Beschreibung bezüglich der Teilnahme an der Sitzung in elektronischer oder in schriftlicher Form, über die Möglichkeit, vor der Sitzung die Stimme abzugeben und über die Möglichkeit, einem anderen gewählten Delegierten eine Vollmacht zu erteilen oder nicht.

5° Wird die außerordentliche Generalversammlung per Videokonferenz organisiert, so muss das elektronische Kommunikationsmittel es den Generalversammlungsmitgliedern ermöglichen, unmittelbar, gleichzeitig und kontinuierlich von den Beratungen in der außerordentlichen Generalversammlung Kenntnis zu nehmen und ihr Stimmrecht in allen Punkten auszuüben, zu denen die außerordentliche Generalversammlung Stellung nehmen soll. Das elektronische Kommunikationsmittel soll den Generalversammlungsmitgliedern die Möglichkeit geben, an den Beratungen teilzunehmen und Fragen zu stellen.

6° Wird die außerordentliche Generalversammlung in schriftlicher Form abgehalten, so gilt Folgendes:

1. das Einladungsschreiben enthält die Tagesordnung der außerordentlichen Generalversammlung, die Gründe für die Abhaltung in schriftlicher Form, erforderliche Informationen für das Einreichen von Fragen und einen Stimmzettel mit dem Vermerk „stimme zu“, „lehne ab“ und „enthalte mich“;
2. in der Einladung ist die Frist für die Abgabe der Stimme, die Postanschrift und/oder die E-Mail-Adresse vermerkt, an welche die Abstimmung zu versenden ist;
3. in der Einberufung ist die Frist anzugeben, innerhalb der schriftlicher Fragen gestellt werden können. Der Verwaltungsrat stellt sicher, dass die Antworten auf die Fragen allen Mitgliedern zur Verfügung stehen, damit sie diese bei der Stimmabgabe berücksichtigen und/oder ihre Stimmabgabe entsprechend diesen Fragen und Antworten ändern können, wenn sie bereits abgestimmt hatten.

Wird das schriftliche Verfahren angewandt, so können die Mitglieder bis zu vier Arbeitstage vor der außerordentlichen Generalversammlung Bemerkungen und/oder Einwände zu den einzelnen Punkten vorbringen. Im Falle einer postalischen Antwort gilt das Datum des Poststempels als Nachweis dafür, dass die Stimmabgabe innerhalb der vorgeschriebenen Frist erfolgt ist.

7° Der Bericht der Versammlung enthält die gestellten Fragen und Bemerkungen, die Antworten, die abgegebenen Abstimmungen und die gefassten Beschlüsse sowie

1. die Zahl der anwesenden Mitglieder der Generalversammlung;
2. ggfs. die Zahl der gewählten Delegierten, die eine Vollmacht erteilt haben;
3. die Zahl der nicht anwesenden oder vertretenen Delegierten;
4. die Art und Weise, in der die außerordentliche Generalversammlung abgehalten wurde, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder Dringlichkeit, die der Wahl der Sitzungsform zugrunde liegen;
5. alle technischen Probleme und Zwischenfälle, die die elektronische Teilnahme an der Sitzung oder an der Abstimmung verhindert oder gestört haben;

6. die Zahl der Mitglieder der Generalversammlung, die an der Sitzung per Videokonferenz teilgenommen haben, und die Zahl der anwesenden Delegierten;
7. ggfs. die Zahl der gewählten Delegierten, die vor der Sitzung ihre Stimmabgabe mitgeteilt haben.

Der Bericht oder die Anwesenheitsliste muss außerdem folgende Punkte enthalten:

1. die Identität der anwesenden Mitglieder der Generalversammlung;
2. die Identität der gewählten Delegierten, die eine Vollmacht erteilt haben sowie an wen diese erteilt wurde;
3. die Identität der gewählten Delegierten, die weder anwesend noch vertreten waren;
4. ggfs. die Identität der gewählten Delegierten mit Angabe der Art ihrer Teilnahme an der Sitzung (präsent, Videokonferenz oder in schriftlicher Form).

8° Der Verwaltungsrat kann die Einberufung der außerordentlichen Generalversammlung und die in den unter 1° und 2° genannten Befugnisse gemäß dem Gesetz vom 6. August 1990 delegieren.

Artikel 31 – Vertretung in der Generalversammlung des Landesbundes

Die Generalversammlung des Landesbundes setzt sich aus Delegierten zusammen, die von den Generalversammlungen ihrer angeschlossenen Krankenkassen für einen Zeitraum von höchstens 6 Jahren im Verhältnis zur Anzahl der Mitglieder, die jeder Krankenkasse angehören, gewählt werden.

Die Vertretung der Krankenkasse in der Generalversammlung des Landesbundes beträgt einen Delegierten pro 20.000 Mitglieder, mit einem Minimum von zwei Delegierten pro Krankenkasse und einem Maximum von 140 Delegierten pro Landesbund.

Voraussetzung für die Wahl zum Delegierten ist die Mitgliedschaft in der Generalversammlung einer Krankenkasse, die dem Landesbund angeschlossen ist.

Artikel 32

Diese Delegierten werden von der Generalversammlung gewählt.

Artikel 33 – Einreichen der Kandidatur für die Generalversammlung des Landesbundes

Die Vertreter der Mitglieder und der Personen zu Lasten in der Generalversammlung der Krankenkasse, die wünschen, zum Delegierten der Generalversammlung des Landesbundes gewählt zu werden, müssen ihre Kandidatur per Einschreiben an den Vorsitzenden des Verwaltungsrates der Krankenkasse richten, dies 15 Kalendertage vor dem Datum der Generalversammlung, welche die Wahl vornimmt.

Artikel 34 – Wahl der Vertreter für die Generalversammlung des Landesbundes

Die Stimmabgabe ist geheim. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Kandidaten gelten in der Reihenfolge der Anzahl erhaltener Stimmen als gewählt. Bei Stimmgleichheit zwischen mehreren Kandidaten für das letzte zu vergebende Mandat wird dieses Mandat dem ältesten Kandidaten zugesprochen.

Artikel 34bis – Vertretung in der Generalversammlung der Versicherungsgesellschaft

Die Generalversammlung der Versicherungsgesellschaft im Sinne von Artikel 43bis, § 1er und § 5 oder Artikel 70, § 7 des Gesetzes vom 6. August 1990 setzt sich aus Delegierten zusammen, die von den Generalversammlungen der ihr angeschlossenen Krankenkassen für einen Zeitraum von höchstens 6 Jahren gewählt werden, im Verhältnis zur Anzahl der Mitglieder, die jeder Krankenkasse angehören.

1° Um als Delegierter gewählt zu werden und in der Generalversammlung einer Versicherungsgesellschaft im Sinne von Artikel 43bis, § 1er des Gesetzes vom 6. August 1990 bleiben zu können, müssen nachstehende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Person muss Mitglied der Generalversammlung Sektion bzw. eines Versicherungsvertreters dieser Versicherungsgesellschaft sein oder - falls es sich um eine Versicherungsgesellschaft im Sinne von Artikel 43bis, § 1er, Abs. 2 des Gesetzes vom 6. August 1990 handelt - die Voraussetzungen für ein solches Mandat erfüllen, d.h. Mitglied der Versicherungsgesellschaft sein sowie volljährig oder großjährig sein;
2. Es darf sich nicht um ein Personalmitglied der Versicherungsgesellschaft handeln oder um ein ehemaliges Personalmitglied der Versicherungsgesellschaft, welches aus nicht-wirtschaftlichen Gründen oder aus anderen in der Satzung genannten Gründen entlassen worden ist;
3. Alle sonstigen in der Satzung festgelegten Bedingungen müssen eingehalten werden. Das Recht auf eine Kandidatur oder Wahl darf jedoch nicht in unzulässiger oder unverhältnismäßiger Weise eingeschränkt werden.

2° Um als Delegierter gewählt zu werden und in der Generalversammlung einer Versicherungsgesellschaft im Sinne von Artikel 43bis, § 5 oder Artikel 70, § 7 des Gesetzes vom 6. August 1990 bleiben zu können, müssen nachstehende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die Person muss Mitglied der Generalversammlung einer Sektion bzw. eines Versicherungsvertreters dieser Versicherungsgesellschaft sein oder - falls es sich um eine Versicherungsgesellschaft im Sinne von Artikel 43bis, § 5 oder Artikel 70, § 7 des Gesetzes vom 6. August 1990 handelt - die Voraussetzungen für ein solches Mandat erfüllen, d.h. Mitglied der Versicherungsgesellschaft sein sowie volljährig oder großjährig sein;
2. Die Person muss mit der Prämienzahlung bei der Versicherungsgesellschaft in Ordnung sein;
3. Es darf sich nicht um ein Personalmitglied der Versicherungsgesellschaft handeln oder um ein ehemaliges Personalmitglied der Versicherungsgesellschaft, welches aus nicht-wirtschaftlichen Gründen oder aus anderen in der Satzung genannten Gründen entlassen worden ist;
4. Alle sonstigen in der Satzung festgelegten Bedingungen müssen eingehalten werden. Das Recht auf eine Kandidatur oder Wahl darf jedoch nicht in unzulässiger oder unverhältnismäßiger Weise eingeschränkt werden.

Kapitel IV Der Verwaltungsrat und der Geschäftsführende Vorstand

Artikel 35 – Zusammensetzung des Verwaltungsrates

- 1° Der Verwaltungsrat der Krankenkasse besteht aus mindestens 7 Mitgliedern, er darf höchstens die Hälfte der Anzahl Mitglieder der Generalversammlung umfassen, wobei nicht mehr als 75 % gleichen Geschlechts sein dürfen.
Der Verwaltungsrat kann maximal 5 Berater wählen. Sie haben eine beratende Stimme.
- 2° Vorausgesetzt, sie werden gewählt, sind die Direktionsmitglieder der Krankenkasse ebenfalls Mitglied des Verwaltungsrates.
Wenn die Person(en), die für die tägliche Geschäftsführung der Krankenkasse ernannt wurde(n), nicht als Mitglied des Verwaltungsrates gewählt wurde(n), kann (können) sie mit beratender Stimme an den Verwaltungsratssitzungen teilnehmen.
- 3° Um Mitglied des Verwaltungsrates zu sein,
 - muss die Person Mitglied der Freien Krankenkasse sein;
 - muss die Person volljährig sein;
 - muss die Person von guter Führung sein und über ihre bürgerlichen Rechte verfügen.
- 4° Um Mitglied des Verwaltungsrates zu sein, ist es nicht erforderlich, der Generalversammlung anzugehören.
- 5° Personalmitglieder des Landesbundes der Freien Krankenkassen, die Mitglied der Freien Krankenkasse sind, können für ein Mandat im Verwaltungsrat der Freien Krankenkasse kandidieren und sind, insofern sie gewählt werden, stimmberechtigt.
Gleiches gilt für Personalmitglieder einer Versicherungsgesellschaft im Sinne von Artikel 43bis oder Artikel 70, §§ 6 oder 7 des Gesetzes vom 6. August 1990, deren Sektion bzw. Versicherungsvertreter die Freie Krankenkasse ist.
- 6° Die Person, die vom Verwaltungsrat des Landesbundes einen entsprechenden Auftrag erhalten hat, kann mit beratender Stimme an den Sitzungen des Verwaltungsrates der Krankenkasse teilnehmen.
- 7° Das Mandat der Verwaltungsratsmitglieder ist unentgeltlich. Anwesenheitsgelder oder Fahrtgelder können erstattet werden unter der Voraussetzung, dass die Beträge die Unentgeltlichkeit des Mandats nicht beeinträchtigen. Die Liste wird in der Anlage zur Satzung beigefügt.

Artikel 36 – Mandatsdauer, Kandidaturen und Wahl der Verwaltungsratsmitglieder

- 1° Der Verwaltungsrat wird von den Mitgliedern der Generalversammlung für eine Dauer von höchstens 6 Jahren gewählt. Dies schließt nicht aus, dass das Mandat später erneuert werden kann.
- 2° Personen, welche den 73. Geburtstag erreicht haben, sind nicht mehr für den Verwaltungsrat wählbar. Die gewählten Verwaltungsratsmitglieder dürfen beim Erreichen des 73. Geburtstages ihr Mandat bis zum Ende der laufenden Mandatsperiode ausführen.

Die Kandidaturen werden dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates spätestens 15 Kalendertage vor der Generalversammlung zugestellt. Der Vorsitzende legt der Generalversammlung die Kandidatenliste vor. Ohne das Recht der Mitglieder der Generalversammlung, sich als Kandidat zu stellen, anzutreten, kann der Verwaltungsrat der Generalversammlung ebenfalls Kandidaten vorschlagen.

- 3° Wenn die Anzahl Kandidaten, welche die Voraussetzungen für die Wahl erfüllen, mit der Anzahl der zu vergebenden Mandate übereinstimmt, sind die Kandidaten automatisch gewählt.
- 4° Wenn die Anzahl Kandidaten, welche die Voraussetzungen für die Wahl erfüllen, die Anzahl der zu vergebenden Mandate übersteigt, findet die Wahl statt. Alle von der Wahl betroffenen Kandidaten werden in ein und demselben Wählerverzeichnis aufgeführt. Die Reihenfolge der Kandidaten wird vom Vorsitzenden festgelegt, und zwar werden die Kandidaten in alphabetischer Reihenfolge aufgezählt. Die Abstimmung ist geheim. Jedes Mitglied der Generalversammlung verfügt über eine Stimme. Die Kandidaten mit der größten Stimmenanzahl gelten als gewählt.

Artikel 37 – Ersatz der Verwaltungsratsmitglieder, Rücktritt, Vollmachten

- 1° Der Ersatz verstorbener oder ausgetretener Verwaltungsratsmitglieder findet in der nächsten Generalversammlung statt. Das so gewählte Verwaltungsratsmitglied führt das Mandat seines Vorgängers weiter.
- 2° Der Rücktritt, die Absetzung oder der Ausschluss aus der Krankenkasse sowie der Verlust der Eigenschaft als Mitglied der Generalversammlung ziehen automatisch das Ende des Mandates als Mitglied des Verwaltungsrates der Krankenkasse nach sich, wenn das Verwaltungsratsmitglied in dieser Eigenschaft gewählt worden war.
- 3° Das Verwaltungsratsmitglied, das fünf aufeinander folgende Male unentschuldigt abwesend war, gilt als zurückgetreten.
- 4° Der Verwaltungsrat ist nur beschlussfähig, wenn die Hälfte der Mitglieder anwesend ist. Die Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen getroffen.

Wenn es einem effektiven Mitglied unmöglich ist, an einer Sitzung des Verwaltungsrates teilzunehmen, so kann es ein anderes Verwaltungsratsmitglied zur Stimmabgabe bevollmächtigen.

Jedes Verwaltungsratsmitglied kann höchstens 2 Vollmachten erhalten.

Artikel 37bis – Verlust der Eigenschaft als Verwaltungsratsmitglied

Durch Beschluss der Generalversammlung der Krankenkasse verliert eine Person ihr Mandat im Verwaltungsrat, wenn:

1. sie ein Verwaltungsratsmitglied in dessen Amtsausübung verleumdet.
2. sie während der Versammlung einen Delegierten oder ein Verwaltungsratsmitglied bedroht oder beleidigt.
3. sie den Interessen der Krankenkasse zuwiderhandelt.
4. sie sich der Satzung und den Verordnungen der Krankenkasse widersetzt.
5. über sie eine rechtskräftige kriminelle Strafe oder eine Gefängnisstrafe von mehr als 3 Monaten verhängt wurde.

Artikel 38 – Zuständigkeiten des Verwaltungsrates

- 1° Dem Verwaltungsrat obliegt die tägliche Verwaltung. Er verfügt über alle Zuständigkeiten, die das Gesetz vom 6. August 1990 der Generalversammlung nicht ausdrücklich vorbehalten hat.

- 2° Der Verwaltungsrat legt die allgemeine Organisation fest. Im Rahmen der im Stellenplan vorgesehenen Stellen setzt er die Abteilungen und Dienste (Geschäftsstellen, Verwaltungsstellen, Dienststellen, Soziale Dienste) ein, die er für erforderlich erachtet.
- 3° Er stellt die Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung des verflossenen Jahres für die Generalversammlung auf.
- 4° Er stellt die Haushaltsentwürfe für das folgende Geschäftsjahr vor dem 15. Dezember auf.
- 5° Er stellt einen Jahresbericht über seine Tätigkeiten des vergangenen Jahres auf, welcher der ordentlichen Generalversammlung vorgelegt wird. Dieser Bericht enthält alle wichtigsten Beschlüsse des Verwaltungsrates, eine Bilanz und eine Gewinn- und Verlustrechnung.
- 6° Er validiert die Chartas der Krankenkasse, die Richtlinien sowie den Ethik- und Verhaltenskodex, welche für das reibungslose Funktionieren der Krankenkasse erforderlich sind.
- 7° Der Verwaltungsrat beschließt jährlich über das interne Beschwerdemanagement, den Analysebericht, die Selbstbewertung sowie die Folgemaßnahmen zu den Empfehlungen des Vorjahres.

Artikel 39 – Versammlung des Verwaltungsrates

Der Verwaltungsrat, bzw. der von ihm laut Artikel 40 gewählte Geschäftsführende Vorstand, versammelt sich mindestens dreimal jährlich, so u.a. vor jeder Generalversammlung, um deren Tagesordnung festzulegen.

Bei Dringlichkeit versammelt er sich auf Vorladung des Vorsitzenden oder auf Anfrage von 1/5 seiner Mitglieder.

Die Einberufung der Verwaltungsratssitzung vermeldet die Tagesordnung und wird den Delegierten spätestens 10 Tage vor dem Versammlungstermin zugestellt.

- 1° Die Verwaltungsratssitzung ist in der Regel physisch abzuhalten.
Um den Verwaltungsratsmitgliedern die Teilnahme an der Verwaltungsratssitzung zu ermöglichen, kann der Vorsitzende, insofern der Verwaltungsrat diesem die Befugnis erteilt hat, die Möglichkeit vorsehen,
 1. dass die Mitglieder auf Distanz durch eine Videokonferenz an der Versammlung teilnehmen;
 2. dass die Mitglieder schriftlich abstimmen vor Abhalten der Versammlung.

Der Vorsitzende sorgt dafür, dass

- a) die Sicherheit des elektronischen Kommunikationsmittels gewährleistet ist;
- b) die Berechtigung und die Identität der Verwaltungsratsmitglieder überprüft werden kann.

- 2° Abweichend von Absatz 1 kann der Vorsitzende, insofern der Verwaltungsrat diesem die Befugnis erteilt hat, in Ausnahmefällen, wenn Dringlichkeit oder außergewöhnliche Umstände dies erfordern, die Sitzungen durch eine Videokonferenz, sonstige Telekommunikationsmittel oder schriftlich organisieren. Unter „außergewöhnliche Umstände“ sind alle Umstände, die die Durchführung einer Präsenzveranstaltung unmöglich machen oder verbieten, zu verstehen.

Unter „Dringlichkeit“ ist zu verstehen: jede Situation, die ein rasches Handeln erfordert, um einen Schaden zu vermeiden oder um die Frist einzuhalten, innerhalb der eine Entscheidung zu treffen ist.

- 3° Die Einberufungsfristen, die vorgesehene Beschlussfähigkeit und die erforderliche Mehrheit, die im Gesetz vom 6. August 1990 oder in dieser Satzung vorgesehen sind, um die Beschlussfassung des Verwaltungsrates wirksam zu machen, bleiben in den unter 1° und 2° genannten Fällen anwendbar. Was die zu erreichende Beschlussfähigkeit betrifft, so gelten die Verwaltungsratsmitglieder, die an der Verwaltungsratssitzung durch eine Videokonferenz teilnehmen oder ihre Stimmenabgabe schriftlich vor der Sitzung eingereicht haben, als bei der Sitzung anwesend. In einem solchen Fall können den Verwaltungsratsmitgliedern keine Fahrkosten erstattet werden.

Die satzungsgemäßen Bestimmungen über die Möglichkeit der Vollmacht findet auch Anwendung, wenn die Sitzung durch eine Videokonferenz gemäß 1° oder 2° organisiert wird. Vollmachten sind hingegen nicht zulässig, wenn die Verwaltungsratssitzung in schriftlicher Form abgehalten wird.

4° Im Einladungsschreiben zur Verwaltungsratssitzung werden die Art und Weise, in der die Versammlung stattfinden wird, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit genannt, die die Grundlage für die Wahl dieser Art der Tagung bildet.

Die Einladung enthält eine transparente Beschreibung

1. der Verfahren für die Teilnahme an der Sitzung durch ein elektronisches Verfahren oder in schriftlicher Form;
2. der Möglichkeit, vor der Sitzung ihre Stimme abzugeben;
3. der Möglichkeit, einem anderen Verwaltungsratsmitglied eine Vollmacht zu erteilen oder nicht.

5° Wird die Verwaltungsratssitzung per Videokonferenz organisiert, so muss das elektronische Kommunikationsmittel es den Verwaltungsratsmitgliedern ermöglichen, unmittelbar, gleichzeitig und kontinuierlich von den Beratungen in der Verwaltungsratssitzung Kenntnis zu nehmen und ihr Stimmrecht in allen Punkten auszuüben, zu denen der Verwaltungsrat Stellung nehmen soll. Das elektronische Kommunikationsmittel soll den Verwaltungsratsmitgliedern die Möglichkeit geben, an den Beratungen teilzunehmen und Fragen zu stellen.

6° Wird die Verwaltungsratssitzung in schriftlicher Form abgehalten, so gilt:

1. das Einladungsschreiben enthält die Tagesordnung der Verwaltungsratssitzung, die Gründe für die Abhaltung in schriftlicher Form, erforderliche Informationen für das Einreichen von Fragen und einen Stimmzettel mit dem Vermerk „stimme zu“, „lehne ab“ und „enthalte mich“;
2. in der Einberufung sind die Frist für die Abgabe der Stimme, die Postanschrift und/oder die E-Mail-Adresse vermerkt, an die die Abstimmung zu versenden ist;
3. in der Einladung ist die Frist angegeben, innerhalb der schriftliche Fragen gestellt werden können. Der Vorsitzende stellt sicher, dass die Antworten auf die Fragen allen Mitgliedern zur Verfügung stehen, damit sie diese bei der Stimmabgabe berücksichtigen und/oder ihre Stimmabgabe entsprechend diesen Fragen und Antworten ändern können, wenn sie bereits abgestimmt hatten.

Wird das schriftliche Verfahren angewandt, können die Mitglieder bis zu vier Arbeitstage vor der Verwaltungsratssitzung Bemerkungen und/oder Einwände zu den einzelnen Punkten vorbringen. Im Falle einer postalischen Antwort gilt das Datum des Poststempels als Nachweis dafür, dass die Stimmabgabe innerhalb der vorgeschriebenen Frist erfolgt ist.

7° Der Bericht der Versammlung enthält die gestellten Fragen und Bemerkungen, die Antworten, die abgegebenen Abstimmungen und die gefassten Beschlüsse sowie

1. die Zahl der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder;
2. ggfs. die Zahl der Verwaltungsratsmitglieder, die eine Vollmacht erteilt haben;
3. die Zahl der nicht anwesenden oder vertretenen Verwaltungsratsmitglieder;
4. die Art und Weise, in der die Verwaltungsratssitzung abgehalten wurde, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder Dringlichkeit, die der Wahl der Sitzungsform zugrunde liegen;
5. alle technischen Probleme und Zwischenfälle, die die elektronische Teilnahme an der Sitzung oder an der Abstimmung verhindert oder gestört haben;
6. die Zahl der Verwaltungsratsmitglieder, die an der Sitzung per Videokonferenz teilgenommen haben, und die Zahl der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder;
7. ggfs. die Zahl der Verwaltungsratsmitglieder, die vor der Sitzung aus der Ferne abgestimmt haben.

Der Bericht oder die Anwesenheitsliste muss außerdem folgende Punkte enthalten:

1. die Identität der anwesenden Verwaltungsratsmitglieder;
2. die Identität der Verwaltungsratsmitglieder, die eine Vollmacht erteilt haben und an wen diese erfolgt ist;
3. die Identität der Verwaltungsratsmitglieder, die weder anwesend noch vertreten sind;
4. ggfs. die Identität der Verwaltungsratsmitglieder, mit Angabe der Art ihrer Teilnahme an der Sitzung (präsent, Videokonferenz oder in schriftlicher Form).

Artikel 39bis – Zusammenarbeit mit Dritten

Der Verwaltungsrat erstattet der Generalversammlung mindestens einmal jährlich Bericht über die Zusammenarbeit mit Dritten (in jeglicher Form). Ggfs. erstattet der Verwaltungsrat auch Bericht über die Verwendung der von der Krankenkasse für die Zwecke der Zusammenarbeit bereitgestellten Finanzmittel.

Artikel 39ter – Berichterstattung an den Landesbund

1° Die Krankenkasse übermittelt dem Landesbund, dem sie angehört, nachstehende Dokumente spätestens einen Monat nach deren Genehmigung: die Berichte und Protokolle der Sitzungen des Verwaltungsrates.

2° Der Landesbund erhält auf einfache Anfrage direkten Zugang zu den Dokumenten der Verwaltungsratssitzungen der Krankenkasse.

Artikel 40 – Wahl und Zusammensetzung des Geschäftsführenden Vorstandes

Der Verwaltungsrat kann, mit Ausnahme der Beitragsfestlegung, dem Vorsitzenden oder einem oder mehreren Verwaltungsratsmitgliedern, die vom Verwaltungsrat aus seiner Mitte bestimmt werden, Aufgaben der täglichen Verwaltung und/oder Teile seiner Zuständigkeit übertragen.

Hierzu wählt der Verwaltungsrat aus seiner Mitte einen Vorsitzenden sowie mindestens 3 weitere Mitglieder, die zusammen mit dem Vorsitzenden, die vom Verwaltungsrat übertragenen Aufgaben und Zuständigkeiten wahrnehmen. Sie bilden den Geschäftsführenden Vorstand.

Die Anzahl Vorstandsmitglieder kann durch den Verwaltungsrat abgeändert werden, wenn er es für angebracht hält.

Der Geschäftsführende Vorstand versammelt sich in der Regel einmal monatlich.

- 1° Die Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes ist in der Regel physisch abzuhalten.
Um den Mitgliedern die Teilnahme an der Sitzung des Geschäftsführenden Vorstandes zu ermöglichen, kann der Vorsitzende, insofern der Verwaltungsrat diesem die Befugnis erteilt hat, die Möglichkeit vorsehen,
1. dass die Mitglieder auf Distanz durch eine Videokonferenz an der Versammlung teilnehmen;
 2. dass die Mitglieder schriftlich abstimmen vor Abhalten der Versammlung.

Der Vorsitzende sorgt dafür, dass

- a) die Sicherheit des elektronischen Kommunikationsmittels gewährleistet ist;
- b) die Berechtigung und die Identität der Mitglieder überprüft werden kann.

- 2° Abweichend von Absatz 1 kann der Vorsitzende, insofern der Verwaltungsrat diesem die Befugnis erteilt hat, in Ausnahmefällen, wenn Dringlichkeit oder außergewöhnliche Umstände dies erfordern, die Sitzungen durch eine Videokonferenz, sonstige Telekommunikationsmittel oder schriftlich organisieren. Unter „außergewöhnliche Umstände“ sind alle Umstände, die die Durchführung einer Präsenzveranstaltung unmöglich machen oder verbieten, zu verstehen. Unter „Dringlichkeit“ ist zu verstehen: jede Situation, die ein rasches Handeln erfordert, um einen Schaden zu vermeiden oder um die Frist einzuhalten, innerhalb der eine Entscheidung zu treffen ist.
- 3° Die Einberufungsfristen, die vorgesehene Beschlussfähigkeit und die erforderliche Mehrheit, die im Gesetz vom 6. August 1990 oder in dieser Satzung vorgesehen sind, um die Beschlussfassung des Vorstandes wirksam zu machen, bleiben in den unter 1° und 2° genannten Fällen anwendbar. Was die zu erreichende Beschlussfähigkeit betrifft, so gelten die Vorstandsmitglieder, die an der Sitzung durch eine Videokonferenz teilnehmen oder die ihre Stimmenabgabe schriftlich vor der Sitzung eingereicht haben, als bei der Sitzung anwesend. In diesem Fall können den Vorstandsmitgliedern keine Fahrkosten erstattet werden. Die satzungsgemäßen Bestimmungen über die Möglichkeit der Vollmacht findet auch Anwendung, wenn die Sitzung durch eine Videokonferenz gemäß 1° oder 2° organisiert wird. Vollmachten sind hingegen nicht zulässig, wenn die Vorstandssitzung in schriftlicher Form abgehalten wird.
- 4° Im Einladungsschreiben zur Vorstandssitzung werden die Art und Weise, in der die Versammlung stattfinden wird, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder die Dringlichkeit genannt, die die Grundlage für die Wahl dieser Art der Tagung bildet.
- 5° Wird die Vorstandssitzung per Videokonferenz organisiert, so muss das elektronische Kommunikationsmittel es den Vorstandsmitgliedern ermöglichen, unmittelbar, gleichzeitig und kontinuierlich von den Beratungen in der Sitzung Kenntnis zu nehmen und ihr Stimmrecht in allen Punkten auszuüben, zu denen der Vorstand Stellung nehmen soll.
- 6° Der Bericht der Versammlung enthält die gestellten Fragen und Bemerkungen, die Antworten, die abgegebenen Abstimmungen und die gefassten Beschlüsse sowie
1. die Zahl der anwesenden Vorstandsmitglieder;
 2. die Zahl der nicht anwesenden Vorstandsmitglieder;
 3. die Art und Weise, in der die Vorstandssitzung abgehalten wurde, und ggfs. die außergewöhnlichen Umstände und/oder Dringlichkeit, die der Wahl der Sitzungsform zugrunde liegen;
 4. alle technischen Probleme und Zwischenfälle, die die elektronische Teilnahme an der Sitzung oder an der Abstimmung verhindert oder gestört haben;
 5. die Zahl der Vorstandsmitglieder, die an der Sitzung per Videokonferenz teilgenommen haben, und die Zahl der anwesenden Vorstandsmitglieder;

Der Bericht oder die Anwesenheitsliste muss außerdem folgende Punkte enthalten:

1. die Identität der anwesenden Vorstandsmitglieder;
2. die Identität der Vorstandsmitglieder, die nicht anwesend sind;
3. ggfs. die Identität der Vorstandsmitglieder, mit Angabe der Art ihrer Teilnahme an der Sitzung (präsent, Videokonferenz oder in schriftlicher Form).

Vorausgesetzt, sie werden gewählt, sind die Direktionsmitglieder der Krankenkasse ebenfalls Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes.

Wenn die Person(en), die für die tägliche Geschäftsführung der Krankenkasse ernannt wurde(n), nicht als Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes gewählt wurde(n), kann(können) sie mit beratender Stimme an den Sitzungen teilnehmen.

Der Geschäftsführende Vorstand kann die vom Verwaltungsrat ernannten Berater hinzuziehen.
Die vom Verwaltungsrat übertragenen Aufgaben und Zuständigkeiten werden in einer Geschäftsordnung festgehalten.

Artikel 41 – Vorsitzender

Der Vorsitzende leitet die Generalversammlung, den Verwaltungsrat und den Geschäftsführenden Vorstand.
Der Vorsitzende

- 1° achtet auf die Einhaltung und Ausführung der Satzung sowie der besonderen Regelungen;
- 2° vertritt die Krankenkasse in allen ihren Beziehungen mit den staatlichen Behörden;
- 3° unterstützt alle Aktionen im Namen der Krankenkasse, sei es fordernd oder verteidigend;
- 4° hat das Recht, den Geschäftsführenden Vorstand, den Verwaltungsrat und die Generalversammlung außerplanmäßig einzuberufen.

Der Verwaltungsrat kann in einem detaillierten Beschluss auch anderen Verwaltungsratsmitgliedern eine allgemeine oder besondere Vollmacht übertragen, um mit den staatlichen Behörden zu verhandeln und alle Aktionen im Namen der Krankenkasse zu unterstützen.

Artikel 42 – Tägliche Geschäftsführung

Die Ernennung der für die tägliche Geschäftsführung verantwortliche Person bzw. Personen muss vom Verwaltungsrat des Landesbundes genehmigt werden und mindestens nachstehende Bedingungen berücksichtigen:

- 1° die berufliche Kompetenz und Berufserfahrung;
- 2° die Verfügbarkeit zur Ausübung der Funktion;
- 3° die ordnungsgemäße Verwaltung der Krankenkasse, sowohl im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als auch von anderen Aktivitäten der Krankenkasse;
- 4° Transparenz in den Bereichen Verwaltung, Finanzen und Rechnungsführung gegenüber dem Landesbund;
- 5° Einhaltung der Kontrollbefugnisse.

Zu den Aufgaben der für die tägliche Geschäftsführung verantwortliche Person gehören unter anderem:

- 1° die Leitung des Personals;
- 2° das Einstellen und Entlassen von Mitarbeitern;
- 3° im Namen der Krankenkasse Vereinbarungen zu unterzeichnen;
- 4° alle Finanzgeschäfte der Krankenkasse;
- 5° die ordnungsgemäße Führung der Bücher;
- 6° die Erstellung aller Dokumente betreffend Einnahmen und Ausgaben;
- 7° die statistischen Angaben;
- 8° den Rechenschaftsbericht;
- 9° die Protokollführung;
- 10° den Briefwechsel;
- 11° die Einladungen zu den Sitzungen der Entscheidungsorgane;
- 12° das Aufbewahren der Archive.

Die tägliche Verwaltung umfasst ebenfalls alle Handlungen und Entscheidungen, die im Rahmen der der täglichen Arbeit der Krankenkasse erforderlich sind, als auch Handlungen und Entscheidungen, die aufgrund des geringen Interesses, das sie darstellen, die Mitwirkung eines mit der Verwaltungsgewalt betrauten Organs nicht rechtfertigen oder die aufgrund ihres dringenden Charakters keinen Zeitaufschub dulden.

Artikel 43

Der Artikel 43 entfällt.

Kapitel V Beitrittsbedingungen, Beiträge sowie Leistungen und Dienste der Krankenkasse

Artikel 44 – Beitrittsbedingungen

- A. Die Aufnahme als Mitglied für die in Artikel 2, B. genannten Dienste ermöglicht dem Mitglied im Rahmen der verfügbaren Mittel der Krankenkasse auf die in Kapitel V vorgesehenen Leistungen und Dienste zurückzugreifen.
- B. Die Personen zu Lasten sind Nutznießer der durch vorliegende Satzung organisierten Dienste, sobald ihre Einschreibung als berechtigter Nutznießer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gültig ist.

Artikel 45 – Beiträge

Die Mitglieder sind verpflichtet, einen Monatsbeitrag pro Krankenkassenhaushalt, wie in Artikel 67 des Gesetzes vom 26. April 2010 festgelegt, zu entrichten, dessen Höhe als Jahresbeitrag in der beigefügten Tabelle ETAC aufgeführt ist.

Beiträge der zusätzlichen Dienste: siehe Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) in der Anlage 1 zur Satzung. Diese Beitragsänderungen treten in Kraft ab dem 1. Januar 2022.

Artikel 45bis – Änderung der Beitragssätze

Außerhalb einer eventuellen Anpassung an den Gesundheitsindex, können die Mitgliedsbeiträge für den Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Artikel 73 – 77) nur erhöht werden, falls:

- ein tatsächlicher und bedeutender Kostenanstieg der garantierten Leistungen oder die Entwicklung der zu deckenden Risiken dies erfordern oder falls
- bedeutende und außergewöhnliche Umstände auftreten.

Artikel 46 – Beiträge des Landesbundes

Alle Mitglieder der Freien Krankenkasse sind zur Zahlung der Monatsbeiträge verpflichtet, die der Landesbund, dem die Freie Krankenkasse angeschlossen ist, als pflichtgemäße Zusatzbeiträge für alle Mitglieder der ihm angeschlossenen Krankenkassen festgelegt hat. Die Beiträge gelten pro Krankenkassenhaushalt, wie in Artikel 67 des Gesetzes vom 26. April 2010 festgelegt.

Beiträge: siehe Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) in der Anlage 1 zur Satzung.

Artikel 47 – Beiträge der V.o.G. „Sozialdienst der Freien Krankenkasse“

Im Rahmen einer Zusammenarbeit mit Dritten überträgt die Krankenkasse für ihre beitragszahlenden Mitglieder Beiträge an die V.o.G. „Sozialdienst der Freien Krankenkasse“, gemäß der vom Verwaltungsrat festgelegten Bewertungsregeln.

Beiträge: siehe Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) in der Anlage 1 zur Satzung.

Artikel 48 – Beiträge für die Verwaltungskasse

Die Krankenkasse führt einen Verwaltungsdienst, genannt „Verwaltungskasse“.

Dieser Dienst teilt sich auf in:

1. ein Verteilungszentrum (Klassifizierungskode 98/1), beauftragt mit der Verteilung der allgemeinen gemeinsamen Funktionskosten, die letztlich vollständig unter den verschiedenen Diensten aufgeteilt werden müssen:

Entsprechend Artikel 74, Absatz 1 und Artikel 75 des Königlichen Erlasses vom 21. Oktober 2002 und in Ausführung von Artikel 29, §1 und §5 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen:

- werden die Erträge und technischen Kosten im Zusammenhang mit einem bestimmten Dienst (innerhalb der Zusätzlichen Dienste), ebenso die Beiträge, öffentlichen Zuschüsse, Leistungen, Änderungen in den eventuellen Rücklagen, usw. direkt diesem Dienst berechnet.
- werden die anderen (als die technischen) Lasten und Kosten, wie Personalkosten, Kosten für die Infrastruktur und Ausrüstung und die übrigen Verwaltungskosten einerseits zu Lasten der Pflichtversicherung eingeführt und andererseits zu Lasten der verschiedenen Dienste (oder Gruppierungen von Diensten) der Zusätzlichen Dienste, dies auf Basis einer Analyse der tatsächlichen Kosten in Bezug auf die Pflichtversicherung und auf jeden der Dienste (oder Gruppierungen von Diensten) der „Zusätzlichen Dienste“.

2. den Rücklagen der Verwaltungskosten (Klassifizierungskode 98/2), hierbei handelt es sich um die Rücklagen, welche zur Deckung von eventuellen Defiziten der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung (Artikel 195, § 5 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994 über die Pflichtversicherung für Gesundheitspflege und Krankengeld) sowie der Kosten der Verwaltungskasse der Zusätzlichen Dienste dienen.

Zur Finanzierung dieses Dienstes (98/2) fordert die Krankenkasse von ihren Mitgliedern einen Beitrag, der in der beigefügten Tabelle ETAC aufgelistet ist („Echange de tableaux de cotisations“). Dieser Beitrag ist für alle Mitglieder verpflichtend.

Die vom Aufsichtsamt für die Krankenkassen bestimmten Aufwendungen und Erträge werden ebenfalls in diesen Dienst eingeführt (siehe Rundschreiben des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen 14/04/D1).

Artikel 49

Die Krankenkasse organisiert die Krankenpflichtversicherung gemäß Artikel 2, A. der vorliegenden Satzung.

Artikel 50

Um die gemäß dem Artikel 2, B. der vorliegenden Satzung vorgesehenen Leistungen und Zielsetzungen zugunsten der ihr angeschlossenen Mitglieder zu verwirklichen, richtet die Krankenkasse Dienste ein, deren Modalitäten nachstehend bestimmt werden.

Die Zahlungsverbindlichkeit für alle in den folgenden Artikeln vorgesehenen Leistungen verjährt nach einer Frist von 2 Jahren, beginnend ab dem Tag des Ereignisses, welches zu der Zahlung des Vorteils führen kann. Die Krankenkasse kann nicht auf die Anwendung dieser Verjährungsregel verzichten.

Artikel 50bis

Für die in den folgenden Artikeln aufgeführten Leistungen bei einem Leistungserbringer wird präzisiert, dass die Behandlung individuell für das Mitglied erfolgen muss. Die Behandlung kann - wenn es die Umstände erfordern - per Videokonferenz oder durch sonstige Telekommunikationsmittel erfolgen.

Die Belege, die zum Erhalt einer Erstattung erforderlich sind, können in Ausnahmefällen, wenn außergewöhnliche Umstände dies erfordern (bspw. eine Pandemie oder Ausgangsverbote für die Bevölkerung) auf elektronischem Wege eingereicht werden, statt in Papierform.

Artikel 51 – Logopädie

Klassifizierungskode 15

1. Logopädische Behandlung

Die Krankenkasse zahlt eine Vergütung von 12,00 € pro Behandlung durch einen vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung immatrikulierten selbständigen Logopäden (INAMI-RIZIV-LIKIV - Immatriculation des auxiliaires - Circulaires aux organismes assureurs - rubrique 180 - logopèdes).

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution.

Die Vergütung wird nur gezahlt, wenn aus dem Antrag des Logopäden hervorgeht, dass keine Kostenübernahme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist.

Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf eine Anzahl von 200 Behandlungen pro Jahr begrenzt.

2. IQ-Test

Für einen IQ-Test, der im Hinblick auf den Bedarf einer logopädischen Behandlung durch einen selbständigen Psychologen durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse die Honorarkosten des Psychologen zu 50,00 €, unter der Bedingung, dass im Anschluss an den Test ein Antrag auf Folgebehandlung bei einem Logopäden gestellt wird.

Die Beteiligung wird nicht erstattet für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer von der öffentlichen Hand bezuschussten öffentlichen Institution (bspw. Kaleido).

Artikel 52 – Tomatis-Sprachtherapie

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt den Mitgliedern, welche sich zur Behandlung in ein Tomatiszentrum begeben, eine Erstattung in Höhe von 3,75 € pro Behandlungseinheit, begrenzt auf 100 Sitzungen pro Jahr pro Person.

Artikel 53 – Podologie

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 12,00 € pro Behandlung durch einen vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung anerkannten selbständigen Podologen.

Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf eine Anzahl von 6 Behandlungen pro Jahr begrenzt.

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution.

Artikel 54 – Fußpflege

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt für medizinische Fußpflege eine Erstattung pro Behandlung durch einen diplomierten Fußpfleger oder durch einen vom LIKIV anerkannten Orthopäden.

Diese Erstattung beläuft sich auf:

- 7,00 € für Normalversicherte;
- 10,00 €, wenn der Versicherte im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Invalidenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehört.

Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf 8 Behandlungen pro Kalenderjahr begrenzt.

Leistungen während eines Krankenhausaufenthaltes sind ausgeschlossen.

Artikel 55 – Fußreflexzonenmassage

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt für Fußreflexzonenmassage eine Erstattung an Mitglieder, die an einer schweren Krankheit leiden, so wie sie in Anlage 10 definiert sind. Die Erstattung beträgt 15,00 € pro Fußreflexzonenmassage.

Die genannte Vergütung ist pro Person auf 120,00 € pro Jahr (8 Behandlungen) begrenzt.

Artikel 56 – Posturologie

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 12,00 € für zwei Behandlungen pro Nutznießer und pro Jahr durch einen diplomierten Posturologen.

Artikel 57 – Pflegematerial (Erstattung für Schwerpflegebedürftige)

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Kostenerstattung für die Heimpflege von schwerpflegebedürftigen Personen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung der Pflegestufe "A" oder "B" oder "C" zugeordnet wurden. Für die Erstattung werden nur Kosten berücksichtigt, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung:

- Inkontinenzmaterial,
- Pflegematerial,
- Arzneimittel, jedoch nur ausschließlich solche der Kategorie D,
- Leihgebühren für technische Hilfsmittel,
- Erstattung für SOS-Hilfe oder für Dienstleistungsschecks in Höhe von 2,00 € pro geleistete Arbeitsstunde.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Die Erstattung wird gezahlt ab dem 1. Tag des ersten vollständigen Monats der Pflegebedürftigkeit und ist auf 125,00 € pro Monat begrenzt.

Bei der Berechnung der Erstattung können auch verauslagte Kosten des vorhergehenden oder des folgenden Monats berücksichtigt werden, ohne dabei jedoch einen Betrag von 375,00 € pro Trimester zu überschreiten.

Es wird keine Erstattung gezahlt, wenn die pflegebedürftige Person in ein Pflegeheim, in ein Altersheim oder in eine andere Einrichtung aufgenommen wird oder wenn aus einem anderen Grunde keine häusliche Pflege der Stufe "A", "B" oder "C" zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnet werden kann.

Die Mitglieder sowie die Personen zu ihren Lasten können im Rahmen der verfügbaren Mittel auf die Vorteile dieses Artikels zurückgreifen, wenn sie seit mindestens 60 Monaten die in Art. 45 vermerkten Beiträge gezahlt haben.

Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit.

Artikel 58 – Kieferorthopädische Behandlung

Klassifizierungskode 15

Für kieferorthopädische Behandlungen, für die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine Genehmigung erteilt wurde, übernimmt die Krankenkasse eine Kostenerstattung, ergänzend zu den Erstattungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Höhe der kumulierten Kostenerstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und seitens der Zusätzlichen Dienste andererseits ist für alle Mitglieder gleich, außer gegebenenfalls für Versicherte, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören und für die eine erhöhte Kostenerstattung vorgesehen ist. Falls das Mitglied die Zahnpflegeversicherung Dentalia Plus bei MLOZ Insurance abgeschlossen hat, wird die oben genannte Erstattung für den Teil berechnet, der nach der Intervention der fakultativen Versicherung zu Lasten des Mitgliedes bleibt.

- Im Falle einer „kieferorthopädischen Behandlung erster Absicht“ wird parallel zur Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Abrechnung der Apparatur gleichzeitig ausgezahlt:
 - Bei Auszahlung der Kodenummer 305933: 125,00 €
 - Bei Auszahlung der Kodenummer 305955: 125,00 €

Diese Erstattung dient zur Deckung der Eigenanteile und Honorarkosten während des gesamten Verlaufes der Behandlung und der Mehrkosten für Material.

- Im Falle einer traditionellen kieferorthopädischen Behandlung wird parallel zur Erstattung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Abrechnung der Apparatur gleichzeitig eine Pauschalerstattung ausgezahlt:
 - Bei Auszahlung der Kodenummer 305631: 400,00 €
 - Bei Auszahlung der Kodenummer 305675: 400,00 €

Diese Erstattung dient zur Deckung der Eigenanteile und Honorarkosten während des gesamten Verlaufes der Behandlung und der Mehrkosten für Material.

Artikel 59 – Zahnprothesen und Implantate

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung bis zu 175,00 € pro Person für Zahnersatz, der nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird und nach Abzug einer eventuellen Intervention seitens einer internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, vorausgesetzt es handelt es sich um:

- eine feste Prothese oder ein Implantat (ungeachtet des Alters)
- oder um eine herausnehmbare Prothese vor dem 50. Geburtstag

Diese Erstattung wird nur einmal alle 7 Jahre gezahlt. Falls das Mitglied die Zahnpflegeversicherung Dentalia Plus bei MLOZ Insurance abgeschlossen hat, wird die oben genannte Erstattung für den Teil berechnet, der nach der Intervention der fakultativen Versicherung zu Lasten des Mitgliedes bleibt.

Voraussetzung ist ebenfalls, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist. Dies gilt ebenfalls für die unter Artikel 5, § 1, 2° genannten Mitglieder, welche für die gesetzliche Krankenversicherung nicht bei der Freien Krankenkasse angeschlossen sind.

Artikel 60 – Optik und Sehhilfen

Klassifizierungskode 15

1. Brillen und Prothesen

Im Rahmen der zusätzlichen Dienste zahlt die Krankenkasse ihren Mitgliedern und Nutznießern eine Erstattung für optische Prothesen zur Korrektur von Sehschwächen (Brillen, Gestelle, Kontaktlinsen). Diese Erstattung wird auf Vorlage einer ärztlichen Verordnung eines Augenfacharztes und der Lieferbescheinigung eines Optikers gezahlt.

Die Erstattungen werden ergänzend zu einer eventuellen Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt.

A) Angepasstes Spezialgestell für Kleinkinder bis 4 Jahre

Dieser Dienst richtet sich an Versicherte bis 4 Jahre, um die Korrektur der Sehschwäche in der frühesten Lebensphase zu unterstützen. Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für ein Gestell, dessen Bügel das Ohr fest umschließen und welches mit einem speziellen Sicherheitsscharnier ausgestattet ist. Es verfügt außerdem über einen Nasenbügel aus Silikon, welcher der Nase des Kleinkindes angepasst ist.

Die jährliche Erstattung beläuft sich auf maximal 50,00 €.

B) Brillengläser und Kontaktlinsen zur Korrektur von Sehschwächen von Personen bis zum 18. Geburtstag

Dieser Dienst richtet sich an Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag, da in der Wachstums- und Pubertätsphase es häufiger als im Erwachsenenalter zu Veränderungen der Sehstärke kommt und aus diesem Grunde für diese Altersgruppe eine jährliche Anpassung der Sehhilfen erforderlich ist.

Die maximale Erstattung beläuft sich auf 150,00 € pro Jahr und pro Person.

Die Erstattung ist abhängig von der Dioptrie sowie der Anzahl Gläser bzw. Kontaktlinsen.

Dioptrie > 4	75,00 € pro Glas oder Linse, höchstens 2 Gläser oder Linsen pro Jahr
Dioptrie 0 ≤ 4	25,00 € pro Glas oder Linse, höchstens 2 Gläser oder Linsen pro Jahr

C) Brillengläser und Kontaktlinsen zur Korrektur von Sehschwächen von Personen ab 18 Jahre

Dieser Dienst richtet sich an Erwachsene ab 18 Jahre, da nach Abschluss der Wachstumsphase die Sehstärke sich nur langsam verändert und die Erneuerung der Sehhilfe nur in größeren zeitlichen Abständen erforderlich ist.

Die maximale Erstattung beläuft sich je nach Dioptrie auf 125,00 € oder auf 175,00 € pro Person.

Eine Erstattung kann nur einmal alle vier Jahre in Anspruch genommen werden.

Die Erstattung ist abhängig von der Dioptrie der Brillengläser bzw. der Kontaktlinsen. Falls nur eines der beiden Gläser eine stärkere Dioptrie als 4 aufweist, so gilt die höhere Erstattung.

Dioptrie > 4	175,00 € für eine Brille oder für Kontaktlinsen, alle 4 Jahre
Dioptrie 0 ≤ 4	125,00 € für eine Brille oder für Kontaktlinsen, alle 4 Jahre

D. Kunstaugen

Den Mitgliedern, welche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Rahmen einer internationalen Vereinbarung eine Erstattung für ein Kunstauge erhalten, erstattet die Krankenkasse zusätzlich bis zu 250,00 € pro Jahr.

2. Korrektive Laserchirurgie

Die Krankenkasse zahlt ihren Mitgliedern und Nutznießern eine Erstattung für Laserbehandlungen zur Korrektur von Kurz- oder Weitsichtigkeit. Pro Eingriff, der von einem Augenfacharzt durchgeführt wurde, beträgt die Erstattung bis zu 250,00 € pro Eingriff, abzüglich eventueller Interventionen gleicher Art seitens einer gesetzlichen belgischen oder internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit.

Die Erstattung ist während der gesamten Dauer der Mitgliedschaft auf zwei Eingriffe, d.h. auf 500,00 € pro Person, beschränkt.

3. Operatives Einsetzen von Linsen

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 250,00 € pro Eingriff für das operative Einsetzen von Linsen, wenn für den betreffenden Eingriff keine Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist.

Das Einsetzen einer künstlichen Linse ins Auge muss durch einen Augenfacharzt durchgeführt werden. Diese Vergütung ist während der gesamten Dauer der Mitgliedschaft pro Person auf zwei Eingriffe und somit auf 500,00 € begrenzt.

4. Medizinisch notwendige ambulante ophthalmologische Eingriffe

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung, in Höhe von 50 % der Kosten, bis zu 1.000,00 € pro Eingriff, für ambulante medizinische Eingriffe, die durch einen Facharzt in Ophthalmologie durchgeführt werden (bspw. Hornhauttransplantation), die nicht im Rahmen eines Krankenhaus- oder Tagesaufenthaltes durchgeführt werden und für die die gesetzliche Krankenversicherung nicht interveniert.

Artikel 60bis – Optometrisches Visualtraining

Klassifizierungskode 15

Das optometrische Visualtraining dient zur Verbesserung der visuellen Leistung, der feinmotorischen Bewegung, der Koordination, der räumlichen Wahrnehmung, der Lesefähigkeit und des gesamten Wohlbefindens.

1. Für die Erstmessung durch einen spezialisierten Funktional-Optometristen erstattet die Krankenkasse 30,00 €.
2. Pro weitere Trainingseinheit, die durch einen spezialisierten Funktional-Optometristen durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse 30,00 €. Diese Vergütung ist pro Nutznießer auf eine Anzahl von 12 Behandlungen pro Jahr begrenzt.

Artikel 61 – Alternative Therapien

Klassifizierungskode 15

- A. Für Behandlungen, die durch einen diplomierten Osteopathen (D.O.) oder Chiropraktiker (D.C.) durchgeführt werden, zahlt die Krankenkasse eine Vergütung in Höhe von 20,00 € pro Behandlung.
- B. Für Akupunkturbehandlungen, die durch Ärzte oder Fachärzte durchgeführt werden, zahlt die Krankenkasse 10,00 € pro Behandlung.

Die Anzahl der Vergütungen ist begrenzt. Für die unter (A) und (B) genannten Therapien werden insgesamt höchstens 8 Behandlungen pro Jahr und pro Person erstattet.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

- C. Für homöopathische Arzneimittel, die durch einen Arzt verschrieben werden, erstattet die Krankenkasse ihren Mitgliedern 50 % der Kosten, bis zu 100,00 € pro Jahr. Die Erstattung erfolgt auf Basis der vom Apotheker ausgestellten und abgestempelten Lieferbescheinigung „BVAC“ oder „Annexe 30“.

Artikel 62 – Ergotherapie

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Vergütung von 10,00 € pro Einzelsitzung bei diplomierten selbständigen Ergotherapeuten, die im Besitz eines Hochschul- oder Universitätsabschlusses in Ergotherapie sind (Fédération Nationale Belge des Ergothérapeutes FNBE).

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution.

Die Erstattung kann nur ein Mal pro Tag gewährt werden und sie gilt nicht für Gruppenkurse.

Artikel 63 – Psychomotorik

Klassifizierungskode 15

Der Dienst richtet sich ausschließlich an Kinder bis zum 18. Geburtstag, denn Psychomotorik ist eine Therapie für die Behandlung von Kindern. Durch die Psychomotorik-Therapie werden Bewegungsstörungen kuriert oder minimiert. Als Folge sinkt das Unfallrisiko betroffener Kinder ganz erheblich. Mit der Störung verbundene emotionelle Probleme werden gelöst, die Kommunikationsfähigkeit verbessert. Die Entwicklung der Kinder wird nachhaltig positiv unterstützt.

Für Kinder bis zum 18. Geburtstag zahlt die Krankenkasse eine Vergütung in Höhe von 10,00 € pro individuelle Behandlung durch einen selbständigen Therapeuten im Bereich der Psychomotorik.

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung oder in einer anderen Institution.

Die Erstattung kann nur ein Mal pro Tag gewährt werden und sie gilt nicht für Gruppenkurse.

Artikel 64 – Psychotherapie

Klassifizierungskode 15

1. Psychologische Behandlungen

Im Rahmen der Zusätzlichen Dienste zahlt die Krankenkasse für die ersten 8 Behandlungen eines Kalenderjahres eine Erstattung in Höhe von 20,00 € pro Sitzung und für jede weitere Behandlung eine Vergütung in Höhe von 15,00 € pro Sitzung bei selbständigen Psychologen, die von der „Belgischen Psychologenkommision - Commission des Psychologues - Psycho-logencommissie“ anerkannt sind oder bei diplomierten selbständigen Psychologen, die im Besitz eines Hochschul- oder Universitätsabschlusses in Psychologie sind (gleichwertige abgeschlossene 5-jährige Ausbildung im Ausland).

Diese Vergütung gilt

- für Einzelsitzungen (individuelle Behandlung) sowie
- für Paar- oder Familientherapien.

Im Rahmen der Paar- oder Familientherapie müssen die Anzahl und die Angaben der beteiligten Patienten auf der Rechnung vermerkt sein. Die Gesamtheit der Erstattungen einer Paar- oder Familientherapie beträgt 15,00 €.

Die genannten Vergütungen werden nicht erstattet für:

- Behandlungen in einer Rehabilitationseinrichtung;
- Behandlungen in einer von der öffentlichen Hand bezuschussten öffentlichen Institution;
- Behandlungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

2. Neurodegenerativer Test

Für einen neurodegenerativen Test, der durch einen Neuropsychologen durchgeführt wird, erstattet die Krankenkasse die Honorarkosten des Neuropsychologen zu 50,00 €, insofern keine Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist.

Diese Vergütung gilt ausschließlich für Behandlungen durch selbständige Therapeuten. Sie gilt nicht für Behandlungen, die in einer Rehabilitationseinrichtung oder im Auftrag einer solchen oder in einer anderen Institution durchgeführt werden.

Artikel 65 – Ernährungsberatung

Klassifizierungskode 15

- A. Die Krankenkasse zahlt eine Vergütung in Höhe von 10,00 € pro Einzelsitzung bei Ernährungsberatern, die vom Landesinstitut für Kranken- und Invalidenversicherung oder einer gleichwertigen ausländischen Institution anerkannt sind.
- B. Die Krankenkasse zahlt zusätzlich eine weitere Vergütung, wenn Patienten im Rahmen der Vorsorge oder im Rahmen einer Krankheitsbehandlung einem Behandlungsplan der Ernährungsberaterin, mit der vollständigen Anzahl von 7 Beratungen innerhalb des Zeitraums von höchstens 2 Jahren, folgen. In diesem Fall wird nach Abschluss des Behandlungsplanes eine zusätzliche Vergütung gewährt in Höhe von:
 - 20,00 € für die erste Beratung
 - 5,00 € für die sechs weiteren Behandlungen

Die Erstattung des Behandlungsplanes wird innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren ab Behandlungsbeginn nur ein einziges Mal gezahlt.

Artikel 66 – Material für Sauerstofftherapie
Klassifizierungskode 15

Im Falle einer Sauerstofftherapie am Wohnsitz des Patienten erstattet die Krankenkasse die Kosten für die Sauerstoffflaschen, bis zu einem Betrag von 20,00 € pro Monat pro Person.

Artikel 67 – Material für Chronisch Kranke
Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für Mitglieder oder ihre Personen zu Lasten, die an Diabetes erkrankt sind. Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug einer Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Die Krankenkasse erstattet:

- A. für den Ankauf eines Blutzuckermessgerätes: bis zu 75,00 €, dies auf Basis der Rechnung und einer ärztlichen Verordnung, höchstens einmal alle 5 Jahre.
- B. für das Testmaterial zur Selbstkontrolle ihres Blutzuckers oder für die Nadeln zur Insulininjektion: 50% der Kosten, begrenzt auf 120,00 € pro Trimester, bis zu 480,00 € pro Jahr.

Artikel 67bis – Blasenkatheter und Stoma Material
Klassifizierungskode 15

1. Blasenkatheter

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für Blasenkatheter bis zu 250,00 € pro Person pro Jahr.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

2. Stoma Material

Stoma-Patienten benötigen zusätzliches Material, welches nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird.

Die Krankenkasse beteiligt sich zu 50% an den Kosten, bis zu 500,00 € pro Jahr, an diesem Stoma-Material, welches in einer Apotheke oder bei einem anerkannten Bandagisten erworben wird.

Ein Anrecht auf die Erstattung besteht nur, wenn das Mitglied zum Zeitpunkt der Materiallieferung nicht hospitalisiert ist.

Artikel 67ter – Perücke

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung in Höhe von 75% der Kosten, bis zu 180,00 € pro Person, für eine Perücke, die aus medizinischen Gründen notwendig ist und die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet wird, weil die Gründe nicht den Kriterien entsprechen, nach Abzug einer eventuellen Intervention seitens einer internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Erneuerungsfrist: 2 Jahre.

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt. Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

Artikel 67quater – Blutgerinnung (Testgerät und Testmaterial)

Klassifizierungskode 15

Nach dem Einsatz einer künstlichen Herzklappe, bei schweren Herzrhythmusstörungen oder einer angeborenen Gerinnungsstörung muss die Gerinnbarkeit des Blutes regelmäßig gemessen werden. Mithilfe eines Blutgerinnungstestgerätes kann die betroffene Person den Gerinnungswert selbst ermitteln.

1. Die Krankenkasse erstattet das INR-Testgerät einmalig zu 50 %, bis zu 500,00 €. Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der Rechnung, des Zahlungsbeleges und der ärztlichen Verordnung.
2. Für das benötigte Testmaterial erstattet die Krankenkasse ihren Mitgliedern 50 % der Kosten, bis zu 100,00 € pro Jahr. Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung. Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der Rechnung und des Zahlungsbeleges.

Artikel 67quinquies – Podologische Einlagen

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung für podologische Einlagen, die von einem Posturologen verordnet und geliefert werden. Die Erstattung beträgt:

- Für Kinder bis zum 18. Geburtstag: 20,00 € pro Einlage, alle 2 Jahre
- Für Erwachsene: 20,00 € pro Einlage, alle 2 Jahre

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt. Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

Artikel 68 – Material für Hausnotrufe

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten der Leihgebühren für Hausnotrufgeräte für ihre Mitglieder und deren Personen zu Lasten. Die Erstattung beläuft sich auf 5,00 € pro Monat der verauslagten Leihgebühren, die zu Lasten des Mitglieds bleiben.

Artikel 69 – Vorsorgeimpfungen und -untersuchungen

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung für Vorsorgeimpfungen und beteiligt sich an den Kosten für bestimmte Vorsorgeuntersuchungen:

1. Die Kosten bis zu 30,00 €, einmal pro Kalenderjahr und pro Person, für alle in Belgien anerkannten Impfstoffe für Vorsorgeimpfungen.
2. Die Kosten in Höhe von 35,00 €, alle 2 Jahre, für eine Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) im Rahmen der Vorsorge gegen Osteoporose.
3. Die Kosten der Leihgebühren für das „ambulante Schlaflabor“ (Screening von schlafbezogenen Atmungsstörungen, Feststellung des Herz-Kreislauf-Risikos, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz). Die Erstattung beläuft sich auf 50 % der verauslagten Leihgebühren, bis zu 20,00 € pro Person pro Jahr. Diese Leistung kann höchstens einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.
4. Die Kosten für Früherkennungstests von Hörschäden bei Neugeborenen, in Höhe von 15,00 € pro Person, insofern das Kind zum Zeitpunkt der Geburt Mitglied der Freien Krankenkasse ist und die Beiträge gezahlt hat.
5. Einen Anteil in Höhe von 75% der Produktkosten für die „Spezifische Immuntherapie“ (Hyposensibilisierung, Desensibilisierung, Allergieimpfung). Diese Erstattung ist begrenzt auf 375,00 € pro Behandlungsjahr und wird höchstens während drei aufeinander folgenden Behandlungsjahren und in diesem Zyklus nur einmal im Leben gezahlt. Die Erstattung gilt ausschließlich für Patienten mit Allergien gegen Milben, Gräser- und Birkenpollen und sie erfolgt nur unter folgenden Voraussetzungen:
 - wenn für die festgestellte Allergie das passende Impfallergen vorhanden und seine Wirksamkeit erwiesen ist;
 - wenn keine Besserung der Allergie durch reine Vermeidung der Allergieauslöser oder durch lindernde Medikamente erzielt werden kann;
 - wenn die Lebensqualität des Patienten stark eingeschränkt ist und die Allergie sich zum Asthma auszuweiten droht;
 - wenn die Immuntherapie ausdrücklich auf dieser Basis durch einen Facharzt (Dermatologe, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Pneumologe oder Allergologe) verordnet wird.

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt. Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

Artikel 70 – Verhütungsmittel

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für verschreibungspflichtige Medikamente im Rahmen einer empfängnisverhütenden Behandlung ihrer hauptversicherten Mitglieder und deren Personen zu Lasten, nach Abzug einer eventuellen Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung.

Diese Erstattung gilt ebenfalls für Präservative, sowohl für Männer als auch für Frauen, die in einer Apotheke erworben werden.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Die Erstattung beträgt bis zu 50,00 € pro Kalenderjahr auf Basis der vom Apotheker ausgestellten und abgestempelten Lieferbescheinigung „BVAC“ oder „Annexe 30“, oder:

- a) bis zu 150,00 € jedes 3. Kalenderjahr für Langzeitverhütungsmittel (Spirale oder Implantate);
- b) bis zu 50,00 € pro Kalenderjahr für den Ankauf von Teststreifen für einen Zykluscomputer;
- c) bis zu 150,00 € für den Ausbildungskursus „Sensiplan“ (gilt als Erstattung für 3 Jahre).

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt. Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

Artikel 71 – Eigenanteile für ambulante medizinische und paramedizinische Behandlungen
Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag die Eigenanteile für:

- Leistungen bei Allgemeinmedizinern, insofern der Hausarzt für das Mitglied eine globale medizinische Akte angelegt hat;
- ambulante medizinische Leistungen beim Facharzt;
- paramedizinische Behandlungen;
- paramedizinische Lieferungen;
- erstattbare Medikamente (Kat. A, B, C, Cj, Cs, Cx sowie magistrale Zubereitungen).

Voraussetzung ist, dass das betreffende Kind zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und der Zusätzlichen Dienste der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt.

Erstattet werden ausschließlich die gesetzlichen Eigenanteile, die im Erstattungstarif der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind und die zu Lasten des Mitglieds bleiben, nachdem die Eigenanteile einen Beitrag von 12,50 € übersteigen. Die ersten 12,50 € Eigenanteil pro Jahr und pro Person werden nicht erstattet.

Nicht erstattet werden:

- Honorarzuschläge;
- Kieferorthopädische Behandlungen (gedeckt durch Artikel 58)
- Medikamente der Kat. D oder andere pharmazeutische Lieferungen;
- Alternative Therapien sowie jegliche Pflege, Lieferungen oder Dienstleistungen, die nicht im Erstattungstarif der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind.;
- Die Eigenanteile von psychologischen Behandlungen, die teilweise durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden.

Artikel 71bis – Neurodermitis und Psoriasis
Klassifizierungskode 15

Im Rahmen der zusätzlichen Dienste erstattet die Krankenkasse Kindern bis 12 Jahre, die an Neurodermitis oder Psoriasis (Schuppenflechte) leiden, pro Kalenderjahr einen Pauschalbetrag in Höhe von 100,00 €. Diese Erstattung gilt zur Deckung der Kosten für die tägliche Pflege zur Regeneration der Haut oder für Hilfsmittel (Kleidung, Bettwäsche, ...) zur Linderung des Juckreizes.

Die Erstattung erfolgt auf Vorlage einer ausführlichen Bescheinigung eines Dermatologen, woraus hervorgeht, dass die Erkrankung seit mindestens 6 Monaten besteht und nicht durch eine Entfernung des Risikos (bspw. im Zusammenhang mit einer allergischen Reaktion) vermieden werden kann.

Diese Erstattung kann unter Vorbehalt der gleichen Formalitäten jährlich erneuert werden.

Voraussetzung ist, dass das Mitglied zum Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Leistung Mitglied ist in der Pflichtversicherung und in den Zusätzlichen Diensten der Freien Krankenkasse und es die in Artikel 45 vermerkten Beiträge zahlt. Die Leistungen werden in dem Umfang der verfügbaren Mittel angeboten.

Artikel 72 – Revalidation
Klassifizierungskode 15

Den herzkranken Mitgliedern, die an einer von Therapeuten begleiteten Herzsportgruppe teilnehmen, erstattet die Krankenkasse die Hälfte der Teilnahmegebühren, begrenzt auf 50,00 € pro Jahr.

Artikel 73 – Kostenerstattung von Eigenanteilen bei Krankenhausaufenthalt
Klassifizierungskode 14

Die Krankenkasse zahlt eine Erstattung für Kosten, die im Rahmen einer Hospitalisierung in einer psychiatrischen Abteilung zu Lasten des Mitgliedes oder der Mitversicherten bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Bei Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung erstattet die Krankenkasse einen Betrag in Höhe von 12,37 € pro Tag für den Eigenanteil des Patienten am Tagespflegesatz ab dem 16. bis zum 90. Aufenthaltstag. Bei einer erneuten Aufnahme nach einer Unterbrechung von weniger als 14 Tagen gilt dies als Fortsetzung des vorhergehenden Aufenthaltes.

Artikel 74 – Dienst für Genesungsaufenthalte
Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für einen Genesungsaufenthalt für die in Artikel 44 erwähnten Mitgliedern und den Personen zu ihren Lasten, in folgenden Fällen:

- A. Versicherte, die eine schwere Erkrankung hatten oder sich einem chirurgischen Eingriff im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes oder Tagesaufenthaltes unterziehen mussten;
- B. Versicherte, die sich einer Behandlung durch Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen mussten;
- C. Versicherte, die an einer akuten und schlimmen Erkrankung leiden und für die der Arzt eine gewisse Pflegenotwendigkeit bescheinigt hat.

Der psychische und physische Zustand des Versicherten muss einen Aufenthalt ohne intensive Hilfe oder Beaufsichtigung und ohne ständige Pflege erlauben.

Personen, die nicht ohne fremde Hilfe die Verrichtungen des alltäglichen Lebens ausführen können oder besonderer Pflege bedürfen, können nicht in Betracht gezogen werden, bzw. müssen die Möglichkeit einer Unterbringung mit der Einrichtung abklären.

Die Dauer des Genesungsaufenthaltes darf höchstens 28 Tage pro Jahr betragen. In der Covid-19-Ausnahmereperiode ab dem 14. März 2020 bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Aufsichtsamt für die Krankenkassen die Periode als beendet erklärt, kann die Aufenthaltsdauer verdoppelt werden, d.h. 56 Tage pro Jahr.

Die Kostenbeteiligung gilt ausschließlich für bestimmte anerkannte Kurhäuser (Liste in der Anlage 7 zur Satzung). Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, diese Liste anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

Die Kostenbeteiligung beläuft sich auf 35,00 € pro Tag.

Die Kosten einer betreuenden Begleitperson werden bis zu 15,00 € pro Tag erstattet.

Artikel 75 – Kurzaufenthalte für Pflegebedürftige

Klassifizierungskode 15

Der Dienst wird organisiert zu Gunsten von Pflegebedürftigen, die ihren Beitrag für die zusätzlichen Dienste der Krankenkasse entrichtet haben.

Der Dienst gewährt eine finanzielle Unterstützung für einen begrenzten Kurzaufenthalt (max. 14 Tage pro Jahr) in einer Pflegeeinrichtung zu Gunsten von Personen, die zeitweilig oder definitiv ihre Autonomie verloren haben. Die Erstattung für die Aufenthaltskosten beträgt 22,00 € pro Tag für Normalversicherte und 24,00 € für Versicherte, die einem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören.

Artikel 76 – Betreuung in Tageszentren

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet die Kosten für Betreuung in öffentlich anerkannten Tageszentren, welche nach Interventionen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder seitens einer internationalen Regelung der Sozialen Sicherheit zu Lasten des Patienten bleiben:

- bis zu einem Betrag in Höhe von 7,50 € pro Tag für Normalversicherte;
- bis zu einem Betrag in Höhe von 10,00 € für Versicherte, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören und für die eine erhöhte Kostenerstattung vorgesehen ist.

Die Erstattung ist begrenzt auf 100 Tage pro Jahr.

Voraussetzung für eine Erstattung ist, dass im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eine Genehmigung zur Kostenübernahme einer Pflegepauschale erteilt wurde.

Die Mitglieder sowie die Personen zu ihren Lasten können im Rahmen der verfügbaren Mittel auf die Vorteile dieses Artikels zurückgreifen, wenn sie seit mindestens 60 Monaten die in Art. 45 vermerkten Beiträge gezahlt haben. Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit.

Artikel 77 – Betreuung im Krankenhaus

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet Kosten, die im Rahmen einer Hospitalisation zu Lasten des Mitgliedes oder der Mitversicherten bleiben.

Für zusätzliche Kosten einer betreuenden Begleitperson bei Krankenhausaufenthalt: Erstattung der vom Krankenhaus, bzw. einem dem Krankenhaus angegliederten Haus für betreuende Angehörige in Rechnung gestellten Kosten bis zu einer Höchstsumme von 20,00 € pro Tag während 30 Tagen.

Artikel 78 – Heimpflege
Klassifizierungskode 15

1. Beratung und Koordination der Heimpflege

Die Krankenkasse organisiert oder unterstützt im Rahmen von Artikel 2, B. der Satzung soziale Beratung sowie Begleitung und Koordination im Bereich der Heimpflege.

Die Höhe des Beitrages für diesen Dienst ist in der beigefügten Tabelle ETAC („Echange de tableaux de cotisations“) aufgelistet.

Der Dienst richtet sich an alle Personen, gleich welchen Alters, die sich zeitweilig oder auf Dauer in einer Problemsituation befinden, um diesen die häusliche Pflege zu ermöglichen. Es handelt sich um einen Beratungsdienst mit dem Ziel, den Mitgliedern Informationen bezüglich der Dienste zu erteilen, welche im Bereich der häuslichen Pflege tätig sind.

Die Freie Krankenkasse erteilt im Rahmen dieses Dienstes kein individuelles Anrecht auf eine Intervention oder eine Kostenerstattung im Hinblick auf ein ungewisses künftiges Ereignis.

2. Betreuung kranker Kinder

Die Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten für die Betreuung kranker Kinder bis 12 Jahre.

Die Erstattung beläuft sich auf 5,00 € pro Stunde, begrenzt auf 300 Stunden jährlich (1.500,00 € pro Jahr) und wird ausgezahlt auf Vorlage der quittierten Rechnung eines Betreuungsdienstes.

Für die Kostenbeteiligung werden pro Tag höchstens 10 Stunden berücksichtigt zwischen 7 und 18 Uhr höchstens 10 Tage pro Monat.

Artikel 79 – Krankenmaterial
Klassifizierungskode 15 (*)

Die Krankenkasse organisiert im Rahmen von Artikel 2, B. der Satzung einen Dienst für Krankenmaterial und technische Hilfsmittel (siehe Liste in der Anlage) zu Gunsten ihrer Mitglieder und deren mitversicherten Personen. Die Höhe des Beitrages für diesen Dienst ist in der beigefügten Tabelle aufgelistet.

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, die Liste des Materials anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

(*) Die Krankenkasse hat diese Aufgabe einer anderen Organisation übertragen, mit der sie eine Zusammenarbeit mit Dritten abgeschlossen hat (V.o.G. „Sozialdienst der Freien Krankenkasse“). Die im Rahmen dieser Zusammenarbeit vorgesehene Erstattung oder der vorgesehene Vorteil an das Mitglied muss immer gleich hoch sein, wie Erstattungen oder Vorteile, welche in der vorliegenden Satzung vorgesehen sind.

Artikel 79bis – Orthopädisches Material

Klassifizierungskode 15

Die Freie Krankenkasse interveniert in den Kosten für den Ankauf von orthopädischem Material (s. Liste in der Anlage), das dem Mitglied bei einem Aufenthalt in der Notaufnahme oder im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt verschrieben wird.

Die Kostenbeteiligung ist begrenzt auf 100,00 € pro Person pro Jahr.

Die Erstattung gilt ausschließlich für Material, welches nicht seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung erstattet wird.

Artikel 80 – Familienhilfe

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse erstattet die Kosten für Familien- oder Haushaltshilfen, die durch einen Familienhilfsdienst oder durch ein Öffentliches Sozialhilfezentrum organisiert werden

- in Höhe von 1,00 € pro geleistete Arbeitsstunde für Normalversicherte;
- in Höhe von 2,00 € pro geleistete Arbeitsstunde für Versicherte, welche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dem Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes vom 14. Juli 1994 angehören und für die eine erhöhte Kostenerstattung vorgesehen ist.

Die Erstattung ist begrenzt auf 1.000 Stunden pro Jahr.

Arbeitsleistungen, die im Rahmen von Dienstleistungsschecks erbracht werden, sind von dieser Erstattung ausgeschlossen.

Artikel 81 – Rettungs- und Krankentransport

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für Krankentransport nach folgenden Regeln:

A. Krankentransport

Alle folgenden Vergütungen werden nur gezahlt für Fahrtkosten innerhalb von Belgien oder einem der direkt angrenzenden Länder (Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande). Die unter (a), (b), (c) und (d) genannten Vergütungen werden gezahlt in folgenden Fällen:

- bei Einlieferung oder Entlassung aus dem Krankenhaus (inklusive Tagesklinik);
- Fahrten zu ambulanten Behandlungen bei Fachärzten;
- Transport von Muttermilch zum hospitalisierten Kind oder von der hospitalisierten Mutter zum Kind.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Falls eine Erstattung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist (bspw. bei Nierendialyse oder bei Chemotherapie oder Strahlentherapie), so wird keine Erstattung durch die Zusätzlichen Dienste gewährt (außer bei Fahrt mit dem Krankenwagen).

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

- a) Privatwagen: Erstattung in Höhe von 0,12 € pro km, abzüglich eines Eigenanteils von 12,50 € pro Fahrt (außer beim Transport von Muttermilch). Die Erstattung gilt ausschließlich für Fahrten ab 150 km (Hin- und Rückweg), außer beim Transport von Muttermilch.
- b) Organisierte Fahrdienste (wie bspw. Stundenblume, Télé-Service, SOS Médical Meuse, ...): Erstattung in Höhe von 0,12 € pro km, bis zu 50 % der ausgestellten Rechnung.
- c) Bus- und Bahnfahrten: Vollständige Erstattung der Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel 2. Klasse.
- d) Taxifahrten: Erstattung in Höhe von 0,60 € pro km, Pauschale von 6,00 € für Kurzfahrten bis zu 10 km.
- e) Nicht-dringende Krankenwagenfahrten zu ambulanten Behandlungen bei Fachärzten, sowie „sitzende Transporte“ per Krankenwagen werden in Höhe von 75% des Rechnungsbetrags rückvergütet.
Wenn aus den Unterlagen der Krankenkasse ersichtlich ist, dass der Gesundheitszustand des Nutznießers einen Transport per „sitzendem Krankentransport“ per Taxi oder Pkw nicht zulässt, interveniert die Krankenkasse entsprechend dem unter Punkt (f) genannten Tarif.
- f) Nicht-dringende Krankenwagenfahrten zu/von stationären Behandlungen (bei mindestens 1 Übernachtung), auch Verlegungstransporte zwischen Krankenhäusern, werden folgendermaßen rückvergütet:
 - Für Transporte, die durch einen von der Krankenkasse anerkannten Dienst ausgeführt wurden, werden die Kosten vollständig erstattet.
Als von der Krankenkasse anerkannte Dienste gelten automatisch diejenigen Dienste, die für nicht-dringende Krankenwagenfahrten folgende km-Preise nicht überschreiten:
 - für die ersten 10 Kilometer: den berechneten Pauschalbetrag und
 - ab dem 11. Kilometer: 1,75 € pro Kilometer.
 - Für alle übrigen Transporte beträgt die Erstattung 75% des Rechnungsbetrags.

Der Höchstbetrag der jährlichen Erstattung ist pro Nutznießer auf folgende Beträge begrenzt:

- für die unter (a), (b), (c) und (d) genannten Vergütungen auf insgesamt 200,00 € pro Nutznießer, bei Transport von Muttermilch bis zu 400,00 €.
- für die unter (e) und (f) genannte Vergütung auf 2.000,00 €.

B. Rettungstransport

Die Krankenkasse interveniert in den Kosten für dringenden Krankentransport innerhalb von Belgien oder einem der direkt angrenzenden Länder (Deutschland, Frankreich, Luxemburg, Niederlande), unter der Voraussetzung, dass der Transport nicht auf eine der folgenden Ursachen zurückzuführen ist:

- Transport durch einen 112-Dienst zu einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einem Tagesaufenthalt
- Rücktransport von einem Krankenhaus in ein näher gelegenes Krankenhaus
- Naturkatastrophen, industrielle Katastrophen, Flugzeugabsturz
- terroristische Anschläge, zivile Aufstände u. Unruhen, politische, ideologische oder soziale Gewalttätigkeiten
- Extremsportarten, wie bspw. Bungeespringen, Kampfsportarten, Bergsteigen u. Klettern, Schanzensprung u. Ski-Akrobatik, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Ultraleichtflugzeuge, Auto-, Motorrad- oder Außenbordmotorrennen, Hillclimbing, Höhlenkunde, usw.

Es werden nur die Kosten erstattet, welche zu Lasten des Mitgliedes bleiben nach Abzug der Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder internationaler Vereinbarungen oder seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung.

Insofern für die Erstattung Rechnung getragen wird mit einer Erstattung an das Mitglied seitens einer anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung, wird präzisiert, dass die Zusammenrechnung aller Erstattungen stets gleich hoch für alle Mitglieder ist.

Die Kosten für dringenden Krankentransport, die das Mitglied gezahlt hat, werden ihm nach den aktuellen offiziellen Tarifen zurückerstattet:

- a) 112- Dienst (ambulante Behandlung): Rückerstattung des berechneten Betrages gemäß den Tarifen, wie sie im Königlichen Erlass vom 28. November 2018 festgelegt sind.
- b) Notarzwagen (Pkw des Notarztes): Einsatzpauschale von 125,00 €.
- c) Notarzteinsatzhubschrauber (NEH) (Transport des Notarztes)
Erstattung der Kosten in Höhe von 710,00 € pro Einsatz.
- d) Rettungshubschrauber (Transport des Patienten)
Diese Erstattung gilt nur für Primäreinsätze, d.h. Verlegungstransporte sind ausgeschlossen: Für Primäreinsätze gilt die vollständige Rückerstattung der Kosten. Die Erstattung wird bei Vorlage der Rechnung und des Zahlungsbeleges des Mitgliedes vorgenommen.
- e) In den oben genannten Fällen werden auch folgende Nebenkosten übernommen:
 - Kosten für besonders ausgebildetes Begleitpersonal (bspw. Krankenpfleger im Rettungswagen)
 - Kosten für medizinische Produkte: Sauerstoff, Medikamente, ...
- f) Hilfeleistung der Feuerwehr beim Krankentransport
Diese Erstattung gilt bei Hilfeleistung der Feuerwehr bei einem Personentransport, der vom Wohnsitz des Patienten aus durchgeführt wird. Erstattung der Kosten bis zu 75 % des Rechnungsbetrags.

Artikel 82

Die Kostenerstattung für Rettungs- und Krankentransport gemäß den Bestimmungen von Artikel 81 wird in den nachstehenden Fällen verweigert:

1. Wenn der Transport auf Grund eines Unfalles erforderlich wurde, bei dem die Haftpflicht eines Dritten verwickelt ist, es sei denn, dass die Krankenkasse rechtzeitig über den Unfall informiert wurde. In diesem letzten Fall muss das Mitglied der Krankenkasse alle ihm zustehenden Regressansprüche abtreten, die es gegenüber dem haftpflichtigen Dritten wahrnehmen kann, und darf mit dem Entschädigungspflichtigen ohne Zustimmung der Krankenkasse keinen Vergleich abschließen.
2. Wenn der Schaden aus einem Unfall herrührt, infolge einer physischen Übung gelegentlich eines Sportwettstreits oder Auftritts, bei denen die Veranstalter einen Eintritt erheben und wofür die Teilnehmer irgendeine Besoldung erhalten.
3. Wenn der Schaden aus einem schwerwiegenden Fehlverhalten des Mitgliedes hervorgeht.

Artikel 83 – Geburt und Adoption

Klassifizierungskode 15

Geburt oder Adoption eines Kindes:

- Die Krankenkasse zahlt dem Mitglied bei Geburt oder bei Adoption eines Kindes bis zu 18 Jahren, eine Prämie in Höhe von 350,00 €, wenn es zum Zeitpunkt der Geburt oder der Adoption Mitglied der Freien Krankenkasse ist, es außerdem die in Artikel 45 vermerkten Beiträge seit mindestens 1 Jahr bezahlt hat und wenn die Eintragung des Kindes in die Pflichtversicherung und in die Zusätzlichen Dienste der Freien Krankenkasse erfolgt.
 - Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit.
 - Die Geburts- und Adoptionsprämie kann pro Kind nur ein einziges Mal im Leben gezahlt werden.
 - Die Zahlung der Prämie kann nur erfolgen, insofern das Elternteil, zu dessen Lasten das Kind eingetragen wird, bzw. ist, Mitglied unserer Krankenkasse ist.

- Unabhängig von der obengenannten Prämie erstattet die Krankenkasse anlässlich der Geburt eines Kindes:
 - Bis zu 50,00 € pro Person (Frauen und Männer) für die Teilnahmegebühren an einem Geburtsvorbereitungskursus oder für Rückbildungsgymnastik, welche im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder der nachgeburtlichen Betreuung steht.
Eigenanteile, die im Rahmen der erstattbaren Behandlungen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind, sind von dieser Erstattung ausgeschlossen.
 - Bis zu 50,00 € der Kosten für Babyfürsorge und die Förderung der motorischen Entwicklung, welche im Laufe des ersten Lebensjahres für das Neugeborene anfallen.

Artikel 84 – Sterbefall
Klassifizierungskode 15

Der Dienst „Sterbefall“ sieht eine Zulage in Höhe von 150,00 € vor, abzüglich der Interventionen gleicher Art infolge einer belgischen oder internationalen gesetzlichen Regelung der Sozialen Sicherheit.

Die Auszahlung erfolgt, wenn die in Artikel 45 vermerkten Beiträge seit mindestens 1 Jahr bezahlt wurden. Falls ein Mitglied bei seiner vorherigen Krankenkasse für einen gleichwertigen Dienst angeschlossen war, entfällt diese Wartezeit.

Artikel 85 – Sozialhilfe

A. Begünstigte

Der Dienst für Sozialhilfe (Sozialfonds) hat zum Ziel, eine finanzielle Unterstützung für Begünstigte zu gewähren, die mit außergewöhnlichen und hohen Kosten konfrontiert werden auf Grund ihres Gesundheitszustands, medizinischer Pflege oder Behandlung.

B. Bedingungen

Für die Erstattung können berücksichtigt werden:

- außergewöhnliche und hohe Kosten auf Grund des Gesundheitszustands, medizinischer Pflege oder Behandlung,:
 - welche nicht im Rahmen der Versicherung für Gesundheitspflege oder der Maximalen Gesundheitsrechnung übernommen werden.
 - nach Abzug der gezahlten oder noch zu zahlenden Intervention seitens der gesetzlichen Krankenversicherung oder Arbeitsunfallversicherung, des Fonds für Berufskrankheiten und jeder anderen gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Erstattung seitens einer Versicherung, Kasse, eines Fonds, einer Organisation oder Institution.
 - die innerhalb einer Periode von 12 Monaten vor dem Erstattungsantrag entstanden sind.

Die Pflegekosten oder medizinischen Behandlungskosten werden nur erstattet, insofern die medizinische Notwendigkeit der Behandlung oder der Pflege auf Vorlage einer Bescheinigung des behandelnden Facharztes nachgewiesen werden kann.

Im Falle einer Hospitalisierung werden die Zuschläge, die infolge der Wahl eines Einzelzimmers berechnet wurden, nicht berücksichtigt.

C. Erstattung

Die vorgesehen Erstattung dieses Dienstes:

- erfolgt nur unter der Bedingung, dass der Gesamtbetrag der Kosten mindestens 100,00 € beträgt;
- beträgt 75% der Kosten zu Lasten des Mitglieds;

- ist begrenzt auf höchstens 2.000,00 € pro Akte;
- ist begrenzt auf höchstens 5.000,00 € pro Kalenderjahr.

Für Versicherte mit Sozialstatut im Sinne von Artikel 37, §§ 1, 2 und 19 des Gesetzes der gesetzlichen Kranken- und Invalidenversicherung, koordiniert am 14. Juli 1994, darf der Gesamtbetrag der Erstattung (Addition der Erstattung der Krankenkasse und einer eventuellen anderen Intervention im Rahmen einer gesetzlichen oder vorschriftsmäßigen Verordnung) nicht geringer sein als jener, der den anderen Mitgliedern erstattet wird.

Unter „Akte“ im Sinne dieses Artikels ist zu verstehen: alle Kosten, die die Folge ein und desselben Gesundheitszustands, derselben Behandlung oder derselben Pflege sind. Sobald sich die Kosten auf einen neuen Gesundheitszustand beziehen oder die Folge eines neuen Gesundheitszustands, einer neuen medizinischen Behandlung oder neuer Pflege sind, wird eine neue Akte eröffnet.

D. Belege

Die Erstattung wird gewährt auf Vorlage:

- einer Anfrage seitens des Mitglieds;
- von Rechnungen, Kostenabrechnungen, welche die außergewöhnlichen und hohen Kosten zu Lasten des Mitglieds belegen.

Artikel 86 – Ferienlager und -aktivitäten

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse zahlt einen Zuschuss für organisierte Ferienaktivitäten während der Schulferien:

1. Eine Erstattung in Höhe bis zu 5,00 € pro Tag für Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren, höchstens für 20 Tage pro Jahr (d.h. max. 100,00 €). Bedingung ist, dass das betreffende Kind am Datum der Zahlung der Einschreibe- und/oder der Teilnahmegebühren Mitglied der Freien Krankenkasse ist und am 1. Tag des Aufenthalts die erforderliche Wartezeit beendet hat.
Der gleiche Betrag wird an die ehrenamtlichen Animatoren dieser Aktivitäten bis 25 Jahre, welche noch Bezieher von Kinderzulagen sind, gezahlt.
2. Einen Pauschalbetrag in Höhe von 12,50 € für Ferienaufenthalte, die speziell für Behinderte durch eine Behindertenorganisation organisiert werden. (Als Nachweis einer Behinderung von mindestens 66% kann die Anerkennung seitens des Föderalen Ministeriums für Sozialfürsorge, durch das Landesamt für Kranken- und Invalidenversicherung oder durch die Dienststelle für Personen mit Behinderung betrachtet werden.)
Bedingung ist, dass das Mitglied am Datum der Zahlung der Einschreibe- und/oder Teilnahmegebühren Mitglied der Freien Krankenkasse ist und am 1. Tag des Aufenthalts die erforderliche Wartezeit beendet hat.

Artikel 87 – Dienst für Gesundheitserziehung und -vorsorge

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge“ für die in Artikel 5, § 1 genannten Versicherten sowie für ihre Personen zu Lasten.

Der Dienst hat insbesondere zum Ziel, Aktionen zur Gesundheitsförderung durchzuführen und die Mitglieder nachhaltig zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu bewegen.

Zu diesen Aktionen gehören Schulungen sowie Einzel- oder Gruppenkurse, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder organisiert oder unterstützt:

- Rückenschulen,
- Diabetikerschulungen,
- Schulungen für chronisch Kranke,
- Programme zur Gesundheitsvorsorge oder Gesundheitserziehung,
- Programme zur Bekämpfung der Fettleibigkeit.

Hierzu legt die Krankenkasse Kostenerstattungen fest, die in der Anlage zur Satzung festgehalten sind.

Bedingung für eine Kostenerstattung ist, dass das teilnehmende Mitglied am Datum der Zahlung der Einschreibe- und/oder Teilnahmegebühren für die genannten Aktionen sowie während der vollständigen Aktionsperiode Mitglied der Krankenkasse ist und am 1. Tag des Starts der Aktion die erforderliche Wartezeit beendet hat und dass es während seiner Mitgliedschaft nicht bereits eine Erstattung für ein gleiches Projekt erhalten hat.

Der Verwaltungsrat ist dazu berechtigt, den Betrag der finanziellen Unterstützung anzupassen unter Vorbehalt folgender Bedingungen:

- die Entscheidung des Verwaltungsrates muss dem Aufsichtsamt für die Krankenkassen unverzüglich per Einschreibebrief übermittelt werden und durch einen Verantwortlichen der Krankenkasse unterschrieben sein;
- in dem Schreiben muss das Datum des Inkrafttretens der Entscheidung vermerkt sein;
- die Änderungen müssen bei der folgenden Generalversammlung rückwirkend in der Anlage zur Satzung aufgenommen werden.

Artikel 88 – Juristische Beratung

Klassifizierungskode 15

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Juristische Beratung“ für die in Artikel 5, § 1 genannten Versicherten sowie für ihre Personen zu Lasten.

Der Dienst hat zum Ziel, die betroffenen Mitglieder im Streitfall mit Pflegeleistenden und Krankenhäusern zu beraten sowie alle notwendigen Auskünfte und Informationen bei Fragen oder Klagen in Sachen Krankenversicherung oder Gesundheitspflege zu erteilen.

Artikel 89 – Information an Mitglieder

Klassifizierungskode 37

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Information an Mitglieder“ für die in Artikel 5, § 1 genannten Versicherten, sowie für ihre Personen zu Lasten.

Der Dienst fällt weder in den Bereich „Versicherungen“ noch in den Bereich „Operations“ und hat zum Ziel, den Mitgliedern Informationen zu erteilen, die zum besseren Verständnis der Sozialgesetzgebung beitragen, und die das Verantwortungsgefühl der Mitglieder fördern bezüglich der Sorge um ihre Gesundheit und ihres allgemeinen Wohlbefindens.

Die Krankenkasse kann im Rahmen dieses Dienstes ihren Mitgliedern Informationen zur Verfügung stellen, so insbesondere Informationen für Diabetiker, Nierendialysepatienten, chronisch Kranke, Krebserkrankte, Fettleibige, Rheumakranke, aber auch Informationen im Bereich der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und der Gesundheitserziehung.

Artikel 90 – Verwaltung
Klassifizierungskode 93 (*)

Die Krankenkasse organisiert einen Dienst „Verwaltung“, welcher zum Ziel hat, die notwendigen Mobilien und Immobilien für die bestmögliche Funktion der Freien Krankenkasse zu erwerben oder anzumieten.

(*) Zur Durchführung dieses Dienstes hat die Krankenkasse eine „Zusammenarbeit mit Dritten“ mit der V.o.G. „Sozialdienst der Freien Krankenkasse“ abgeschlossen, im Rahmen von Artikel 43 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Artikel 91 – Änderungen der Versicherungsbedingungen

Die Versicherungsbedingungen der Mitglieder für den Dienst für Krankenhaus- und Kuraufenthalte (Artikel 73 – 77) können ausschließlich mittels Satzungsänderung durch die Generalversammlung und mittels Genehmigung des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen abgeändert werden. Die Beiträge eines Dienstes für „Krankenhausaufenthalt“ und die Bedingungen betreffend des Versicherungsschutzes der Mitglieder können nur gemäß Artikel 9, § 1quinquies des Gesetzes vom 6. August 1990 abgeändert werden.

Kapitel VI
Haushalt und Kontenführung

Artikel 92

Für jeden Dienst führt die Krankenkasse getrennt Buch über Einnahmen und Ausgaben entsprechend Artikel 29 des Gesetzes vom 6. August 1990.

Die Einnahmen jedes Dienstes bestehen aus:

1. Den in Artikel 45 aufgeführten Beiträgen.
2. Den Zuschüssen des Staates, gegebenenfalls der Gemeinschaft.
3. Der Subskriptionen der Ehrenmitglieder.
4. Den Schenkungen und Erbschaften, sowie den Einnahmen und den verschiedenen ihnen zugesprochenen Erträgen.
5. Den Zinsen sowie zufallenden Gewinnen (pro Dienst) und Wertpapieren.

Jeder Dienst muss seine Verwaltungskosten und alle ihn betreffenden und durch Anwendung der vorliegenden Satzung verursachten Ausgaben tragen.

Entsprechend Artikel 74, Absatz 1 und Artikel 75 des Königlichen Erlasses vom 21. Oktober 2002, in Ausführung von Artikel 29, §1 und §5 des Gesetzes vom 6. August 1990 bezüglich der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen:

- werden die Erträge und technischen Kosten im Zusammenhang mit einem bestimmten Dienst (innerhalb der Zusätzlichen Dienste), ebenso die Beiträge, öffentlichen Zuschüsse, Leistungen, Änderungen in den eventuellen Rücklagen, usw. direkt diesem Dienst berechnet.
- werden die anderen (als die technischen) Lasten und Kosten, wie Personalkosten, Kosten für die Infrastruktur und Ausrüstung und die übrigen Verwaltungskosten einerseits zu Lasten der Pflichtversicherung eingeführt und andererseits zu Lasten der verschiedenen Dienste (oder

Gruppierungen von Diensten) der Zusätzlichen Dienste, dies auf Basis einer Analyse der tatsächlichen Kosten in Bezug auf die Pflichtversicherung und auf jeden der Dienste (oder Gruppierungen von Diensten) der „Zusätzlichen Dienste“.

Artikel 93

Das Vermögen der Krankenkasse darf keinen anderen Zwecken als denen, die ausdrücklich in der vorliegenden Satzung bestimmt sind, zugeführt werden.

Artikel 94

Das Sozialkapital wird gemäß den gültigen gesetzlichen und reglementären Bestimmungen angelegt.

Kapitel VII Satzungsänderungen

Artikel 95

Mit Ausnahme der Beitragsanpassungen, welche laut Artikel 28 dem Verwaltungsrat übertragen werden können, kann die Satzung nur durch Beschluss der Generalversammlung mit einer erforderlichen Zweidrittel-Mehrheit und unter der Voraussetzung, dass mindestens die Hälfte der Mitglieder anwesend sind bzw. gültig durch Vollmacht vertreten werden, abgeändert werden.

Kapitel VIII Auflösung und Liquidation

Artikel 96

Die Auflösung der Krankenkasse kann nur durch eine Außerordentliche Generalversammlung beschlossen werden, welche eigens zu diesem Zweck einberufen wird. Auf der Vorladung sind vermerkt:

1. Die Gründe für die Auflösung.
2. Die finanzielle Situation der Krankenkasse.
3. Die Zuweisung des Sozialfonds
4. Die Form und die Bedingungen der Liquidation.

Die Außerordentliche Generalversammlung ist beschlussfähig, wenn wenigstens die Hälfte der Mitglieder anwesend oder vertreten ist.

Damit der Beschluss bezüglich der Auflösung gültig ist, muss er mit mindestens Zweidrittel-Mehrheit der anwesenden oder vertretenen stimmberechtigten Mitglieder gefasst werden.

Als Liquidatoren bezeichnet die Außerordentliche Generalversammlung entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen einen oder mehrere Revisore, welche Mitglieder des Instituts der Betriebsrevisore sind.

Artikel 97

Im Falle der Auflösung der Krankenkasse wird das Restvermögen vorrangig für die Zahlung von Vorteilen zu Gunsten der Mitglieder verwendet, für die vor der Einstellung der Dienste ein Leistungsanspruch bestand. Für das restliche Vermögen bestimmt die Außerordentliche Generalversammlung eine Verwendung entsprechend den satzungsgemäßen Zielsetzungen.

Kapitel IX Inkrafttreten

Artikel 98

Die vorliegende Satzung tritt in Kraft ab dem von der Generalversammlung bezeichneten Datum, unter Vorbehalt der Genehmigung seitens des Aufsichtsamtes für die Krankenkassen.

Die Artikel 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 21bis, 21ter, 23, 24, 25, 27bis, 28, 29, 29bis, 29ter, 30, 31, 34, 34bis, 35, 36, 37, 38, 39, 39bis, 39ter, 40, 41, 42 und 43 der vorliegenden Satzung treten erst mit Neubesetzung der Gremien im Rahmen der Krankenkassenwahlen 2022 in Kraft.

Anlage 1 Beitragstabelle ETAC

Datum der Genehmigung GV: 12/10/2021 – Datum der Anwendung: 01/01/2022

Mitgliederkategorien

Kat.1: Krankenkassenhaushalt ohne Personen zu Lasten

Kat.2: Krankenkassenhaushalt mit Personen zu Lasten

Kat. 3: Krankenkassenhaushalt mit reduziertem Beitrag ohne Personen zu Lasten (Art. 5)

Kat. 4: Krankenkassenhaushalt mit reduziertem Beitrag mit Personen zu Lasten (Art. 5)

A. Eigene Beiträge

Dienst		Abkom- men (Anzahl)	Referenz (Artikel der Satzung)	Beiträge pro Mitgliederkategorie (EUR/Jahr)			
Kode	Name			Normale Beiträge		Reduzierte Beiträge	
				Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4
14	Krankenhausaufenthalt	0	73	0,24	0,24	0,00	0,00
15	Sonstige Leistungen	1	51-72/74-88	98,04	98,04	0,00	0,00
37	Informationen an Mitglieder in Bezug auf die angebotenen Vorteile	0	89	2,16	2,16	0,00	0,00
93	Patrimonial	1	90	2,04	2,04	0,00	0,00
98/01	Verwaltungskasse: Verteilerzentrum	0	48	0,00	0,00	0,00	0,00
98/02	Verwaltungskasse: Rücklagen der Verwaltungskosten der Kranken- und Invalidenpflichtversicherung	0	48	17,28	17,28	0,00	0,00
Total				119,76	119,76	0,00	0,00

B. Landesbund

Landesbund		Beiträge pro Mitgliederkategorie (EUR/Jahr)			
Nr.	Bezeichnung	Kat. 1	Kat. 2	Kat. 3	Kat. 4
500	Landesbund der Freien Krankenkassen	3,84	3,84	0,00	0,00
Total		3,84	3,84	0,00	0,00
TOTAL A + B		123,60	123,60	0,00	0,00

Liste der Zusammenarbeitsabkommen

Dienst		Juristische Personen	
Kode	Name	ZDU-Nummer	Bezeichnung
15	Sonstige Leistungen	0432.989.093	VoG SOZIALDIENST DER FREIEN KRANKENKASSE
93	Patrimonial	0432.989.093	VoG SOZIALDIENST DER FREIEN KRANKENKASSE

Anlage 2
Liste des Krankenmaterials und der technischen Hilfsmittel (Artikel 79)

Zuletzt aktualisiert durch die Generalversammlung vom 26. September 2017.

Material	Monatliche Leihgebühr
Gehilfen	
Krücken für Erwachsene	Kostenlos
Krücken für Kinder	Kostenlos
Achselstützen	Kostenlos
Gehgestell	2,50 €
Rollator	2,50 €
Dreifußkrücken	2,50 €
Hilfen für Bad und WC	
Toilettenstuhl (Eimer separat erhältlich)	5,00 €
Toilettenstütze	1,25 €
Toilettenerhöher	kann vermittelt werden
Badewannensitz	2,50 €
Duschschemel	2,50 €
Medizinische Geräte	
Blutdruckmesser	5,00 € (ab dem 2. Monat)
Urin-Wecker (Höschen separat erhältlich)	5,00 €
Absauggerät	5,00 €
Inhaliergerät (Maske separat erhältlich)	5,00 €
Rollstühle und Therapieräder	
Rollstuhl	5,00 €
Hometrainer	5,00 €
Pedalo	2,50 €
Betten und Zubehör	
Bettaufrichter (freistehend, kann unabhängig einem anderen Bett beigefügt werden)	5,00 €
Bettdeckenheber (Gestell)	1,25 €
Bett-Tischchen	1,25 €
Spezialluftmatratze gegen Wundliegen	kann vermittelt werden
Kompressor für Spezialluftmatratze	5,00 €
Spezialkissen (Gel oder Wasser)	5,00 €

**Anlage 3 bis 6
entfällt**

Anlage 7

Liste der anerkannten Kurhäuser für Genesungsaufenthalte (Artikel 74)

Zuletzt aktualisiert durch die Außerordentliche Generalversammlung vom 21. Juni 2016 und durch den Verwaltungsrat vom 12. Dezember 2017.

Pflegehäuser der Kategorie A

Die Pflegehäuser der Kategorie A richten sich an Patienten mit leichter bis schwerer Pflegebedürftigkeit.

Name	Adresse	Telefon
Le Belvédère	Avenue Reine Astrid 28 – 4910 Theux	087 539 191
Château Sous-Bois	Chemin Sous-Bois 22 – 4900 Spa	087 770 212
La Résidence du Lac	Avenue Amedée Hess 45 – 4900 Spa	087 771 074
La Seniorie du Sart-Tilman	Route du Condroz 406 – 4031 Liège-Angleur	04 367 45 55
Résidence Saint-James	Avenue Wolfers 9 – 1310 La Hulpe	02 653 62 99
Residentie 'T Neerhof	Nieuwstraat 69 – 9660 Brakel-Elst	05 543 15 10
La Résidence Dr. Hustin	Rue de l'Hôtel 9 – 6030 Marchienne-au-Pont	
Le Bois de la Pierre	Venelle du Bois de la Pierre 20 – 1300 Wavre	
Herstelverblijf Salvator	Ekkelgaarden 17 – 3500 Hasselt	011 272 921
Les Heures-Claires	Avenue Reine Astrid 131 – 4900 Spa	087 79 20 10

Pflegehäuser der Kategorie B

Die Pflegehäuser der Kategorie B richten sich an Patienten mit leichter Pflegebedürftigkeit.

Name	Adresse	Telefon
Astoria	Leopoldlaan 7 – 8420 De Haan	059 24 24 11
Dunepanne	Maria Hendrikalaan 5 – 8420 De Haan	059 23 61 31
Domaine de Nivezé	Route du tonnelet 76 – 4900 Spa	087 790 314
Villa Royale	Koningsstraat 79 – 8400 Oostende	059 804 519

Pflegehäuser der Kategorie C

Die Pflegehäuser dieser Kategorie richten sich an Patienten, die einen organisierten Pflegeaufenthalt wünschen.

Name	Adresse	Telefon
Cité Sérine	Rue des Cultivateurs 30 – 1040 Bruxelles	02 733 72 10
Het Namaste Huis	Veldestraat 57 – 9850 Merendree	09 371 58 20
VZW Zorghuis Oostende	Pater Pirelaan 6 – 8400 Oostende	059 446 206
VZW Zorghuis Gent	Coupure Rechts 262-272 – 9000 Gent	09 224 09 80

Anlage 8

Liste der Aktionen zur Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge (Artikel 87)

Aktualisiert durch die Generalversammlungen vom 12. Oktober 2021.

Für das Jahr 2022 hat die Freie Krankenkasse folgende Projekte vorgesehen und Erstattungen festgelegt:

- **DIFIMA / Diabetiker-fit-mach-Projekt (Medifit)**
Aktion zur Gesundheitsförderung, bestehend aus einem vielfältigen Programm, angeboten durch das Zentrum „Medifit“. Die Teilnehmer werden durch eine ausgebildete Fachkraft für Diabetikersport betreut. Ziel ist es, durch Bewegung und angepasste Ernährung das Körpergewicht, den Blutdruck und die Blutwerte der Diabetiker zu optimieren.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 240 €.
- **Mindfulness / Achtsamkeitstraining (Medikos)**
Aktion zur Gesundheitsförderung für chronisch Kranke, bestehend aus einem achtwöchigen Programm, angeboten durch das Zentrum „Medikos“:
Dieses Projekt zur Gesundheitsförderung besteht aus einem achtwöchigen Trainingsprogramm. Ziel des Achtsamkeitstrainings ist ein besserer Umgang mit Schmerzen und das Erreichen einer besseren psychischen Gesundheit.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Achtsamkeitstraining bei chronischen Schmerzen (Kompass)**
Aktion zur Gesundheitsförderung für Menschen, die unter chronischen Schmerzen leiden, d.h. Schmerzen, die seit mindestens drei bis sechs Monaten fast immer vorhanden sind oder häufig wiederkehren und die den Patienten körperlich (Beweglichkeitsverlust, Funktionseinschränkung), körperlich-kognitiv (Befindlichkeit, Stimmung, Denken) und sozial beeinträchtigen. Der Kurs besteht aus einem sechswöchigen Programm, angeboten durch die Gemeinschafts-Arztpraxis Kompass Bütgenbach. Die Methoden, die bei diesem Achtsamkeitstraining erlernt werden, dienen dem besseren Umgang mit dem Körper und der Veränderung des eigenen Schmerzerlebens.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €
- **OBESI-Vith (PhysioVith)**
Aktion zur Gesundheitsförderung (Bekämpfung der Fettleibigkeit), bestehend aus einem vielfältigen Programm, angeboten durch das Zentrum „PhysioVith“. Unter Anleitung von Kinesitherapeuten und Ernährungsberatern werden die Teilnehmer mit Hilfe einer individuellen Ernährungsberatung und mit Bewegung in der Gruppe dazu motiviert, Übergewicht zu bekämpfen und ein neues Selbstwertgefühl aufzubauen.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- **Diätlinik Sankt Vith (Klinik St. Joseph)**
Bei dem Projekt „Diätlinik“ der Klinik St. Joseph in Sankt Vith werden die Patienten individuell durch ein multidisziplinäres Team betreut. Ziel ist es, beim Patienten einen Gewichtsverlust zu erzielen und so evtl. von einem chirurgischen Eingriff (Magenverkleinerung) abzusehen.
Für Adipositas-Patienten, welche kontinuierlich an dem Projekt teilgenommen haben, sieht die Krankenkasse folgende zusätzliche Erstattungen vor:
 - Kinesitherapie: eine einmalige pauschale Beteiligung von 100 €;
 - Endokrinologie, Kardiologie, Blutabnahmen, Laktose- und Soja-Intoleranz-Suche: Erstattung der Eigenanteile dieser Behandlungen, bis zu einem Betrag von 100 € pro Person.

- Rücken-fit (Meditfit)
Aktion zur Gesundheitsförderung (Rückenstärkung), bestehend aus einem vielfältigen Programm, angeboten durch das Zentrum „Meditfit“. Unter Anleitung von Rücken-Fit-Experten lernen Betroffene, ihre Rückenbeschwerden nachhaltig zu lösen.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- Rückentraining (PhysioVith)
Aktion zur Gesundheitsförderung, bestehend aus einem therapeutischen Übungsprogramm, angeboten durch das Zentrum „PhysioVith“. Unter Anleitung von Kinesitherapeuten und mithilfe einer individuellen Trainingstabelle werden die Teilnehmer an ihr individuelles funktionelles Niveau herangeführt, um erneuten Verletzungen vorzubeugen.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- Rückenschule (PhysioVith)
Aktion zur Gesundheitsförderung, bestehend aus einer theoretischen Einführung und zehn Sitzungen, bei denen die Teilnehmer unter Anleitung eines Kinesitherapeuten lernen, Rückenschmerzen vorzubeugen, Beschwerden zu lindern und ihre Bewegungsabläufe korrigieren.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 60 €.
- Rückenschule (FREIE)
Eigenes Projekt der Freien Krankenkasse, bestehend aus einer theoretischen Einführung und zehn Sitzungen, bei denen die Teilnehmer unter Anleitung eines Kinesitherapeuten lernen, Rückenschmerzen vorzubeugen, Beschwerden zu lindern und ihre Bewegungsabläufe korrigieren.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 75 €.
- Rücken-Spezialkurs (Progesund)
Aktion zur Gesundheitsförderung, bestehend aus einem zwölfwöchigen Trainingsprogramm, angeboten durch das medizinische Zentrum „Progesund“. Unter Anleitung von Fachkräften lernen Betroffene, ihre Rückenbeschwerden nachhaltig zu lösen.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- Wassergymnastik (AquaVith)
Aktion zur Gesundheitsförderung für chronisch Kranke, angeboten durch das Zentrum „AquaVith“. Dies Aktion betrifft Personen mit gravierenden gesundheitlichen Problemen: Nach einem chirurgischen Eingriff, bei Bandscheibenproblemen, Orthopädie, Traumata, Arthrose, Osteoporose, Rheumakranke, Fibromyalgie, Brustkrebspatientinnen. Das therapeutische Programm wird von Kinesitherapeuten geleitet und verteilt sich auf zehn Wochen.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- Actiwita-Abnehmprojekt (emotion)
Zielgruppe des Projektes „Actiwita“ sind Menschen, die einen BMI über 30 haben und die durch eine gesundheitsorientierte Ernährungsumstellung abnehmen möchten, in Verbindung mit einem Sportprogramm. Es wird angeboten durch das Zentrum „emotion“ in Sankt Vith, erstreckt sich über 8 Wochen und beinhaltet mehrere Seminare. Das Projekt wird ausgeführt und begleitet durch ausgebildete Personen (Regent in Sport- & Rehatrainer, Osteopath mit Erfahrung in Ernährungsberatung, Master in Sportwissenschaften).
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- Vom „Belgisches Rote Kreuz“ organisierte Kurse
Für die Teilnahme an den folgenden Kursen, die vom Roten Kreuz selbst organisiert werden, sieht die Krankenkasse die vollständige Erstattung der Kosten vor:
 - Grundkurs „Erste Hilfe“
 - Ersthelferkurs
 - Wiederbelebung von Säuglingen und Kleinkindern
 - Erste Hilfe am Baby und Kleinkind
 - Ausbildung „3 Minuten für ein Leben“

- Von der VoG „Retten macht Schule“ organisierte Kurse
Für die Teilnahme an den folgenden Kursen, die von der VoG „Retten macht Schule“ selbst organisiert werden, sieht die Krankenkasse die vollständige Erstattung der Kosten vor:
 - Erste Hilfe Grundausbildung
 - Erste Hilfe am Kleinkind
 - Reanimationskurs „3 Minuten für ein Leben“
- SalSana
Zielgruppe des Projektes „SalSana“ sind Menschen, die unter Bronchial-Asthma, chronischer Bronchitis, Bronchiektasen, COPD, zystische Fibrose, Lungenfibrose oder unter einer die Atemwege betreffenden chronischen Krankheit leiden. Die Erstattung erfolgt bei einer vollständigen Behandlungsdauer von 20 Sitzungen und auf Grundlage der ärztlichen Diagnose, die auf dem Antrag auf Rückerstattung vom Arzt bestätigt sein muss.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €.
- Tinnitus-Atemtraining nach Holl®
Zielgruppe des Projektes sind Menschen, die an subjektiven Tinnitus, Hörsturz, Hyperakusis, andauernden Schlafstörungen oder Schwindel leiden. Die Methode nach Maria Holl hilft den Menschen, besser mit dem Tinnitus und seinen begleitenden Symptomen umzugehen. Die zu erlernenden Techniken sind so konzipiert, dass sie später zu jeder Zeit in den Alltag transferiert werden können. Die Erstattung erfolgt auf Vorlage der Teilnahmebescheinigung.
Erstattung pro Mitglied (nicht erneuerbar): 100 €

Anlage 9
Liste des orthopädischen Materials (Artikel 79bis)

Armtragetücher
Bandagen
Entlastungsschuhe
Halskrausen
Krücken
Schienen
Sohle für den unteren Gips

Anlage 10
Liste der schweren Krankheiten

Aids
Alzheimer-Erkrankung
Amyotrophe Lateralsklerose
Apoplexie (Schlaganfall)
Brucellose
Cholera
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
Crohn-Erkrankung
Diabetes
Diphtherie
Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute
Flecktyphus
Gehirnentzündung
Hodgkin-Erkrankung
Kinderlähmung
Krebs
Leberzirrhose infolge von Hepatitis
Leukämie
Malaria
Milzbrand-Krankheit
Mukovizidose
Multiple Sklerose
Niereninsuffizienz, die eine Dialyse erfordert
Organtransplantation (mit Ausnahme von Hornhaut- und Hauttransplantationen)
Parkinson-Erkrankung
Pompesche Erkrankung
progressive Muskeldystrophie
Sklerodermie mit Organbefall
Tuberkulose
Typhus-ähnliche Erkrankung und Paratyphuserkrankung
ulzeröshämorrhagische Proktokolitis
Wundstarrkrampf