



ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME BEI HOHEN BEHANDLUNGSKOSTEN

für dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem angeschlossene Personen (*) (umseitig)
(Titel III Kapitel 4 der Allgemeinen Durchführungsbestimmungen)

Einzureichen bei der Abrechnungsstelle des Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystems – **Adresse umseitig**

Name, Vorname des Versicherten:.....	Personal-/Ruhegehaltsnr.:.....
Organ und Dienstort:.....	Büroanschrift:.....Tel.:.....
Privatanschrift (bei Ruhegehaltsempfängern):.....	
E-Mail-Adresse:	
Datum des Ausscheidens aus dem Dienst bzw. des Vertragsendes:..... (bei Zeit-/Vertragsbediensteten)	

Antrag auf Kostenübernahme für¹:	
<input type="checkbox"/> den/die Hauptversicherte(n)	<input type="checkbox"/> den/die Ehegatten/in oder anerkannte(n) Partner(in) <input type="checkbox"/> ein Kind
<input type="checkbox"/> eine einem unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellte Person	
Name, Vorname: Geburtsdatum:	

KRANKENHAUSAUFENTHALT¹

<input type="checkbox"/> Vorgesehener Beginn des Krankenhausaufenthalts:	
Zweck des Krankenhausaufenthalts:	
<input type="checkbox"/> Behandlung oder chirurgischer Eingriff	
<input type="checkbox"/> Rehabilitation nach Erkrankung oder chirurgischem Eingriff mit anschließender Arbeitsunfähigkeit	
<input type="checkbox"/> Psychiatrische Behandlung	
<input type="checkbox"/> Palliativpflege (auch zu Hause)	
in Verbindung mit:	
<input type="checkbox"/> Unfall	Datum des Unfalls ² :
<input type="checkbox"/> Entbindung	Übermäßig hohe Kosten und Entbindung: bitte umblättern
<input type="checkbox"/> Anerkannte schwere Krankheit	Nr. des Bescheids ² :
<input type="checkbox"/> Plastische Chirurgie	Nr. der vorherigen Genehmigung ² :
<input type="checkbox"/> Einsetzen von Zahnimplantaten	Nr. des zahnärztlichen Kostenvoranschlags ² :
<input type="checkbox"/> Kurze Beschreibung der geplanten Operation :	
Kosten des Krankenhausaufenthalts:	
<input type="checkbox"/> Preis des Zimmers pro Tag ²	
Wir möchten darauf hinweisen, dass die Kosten für das Zimmer höchstens bis zum Preis des günstigsten Einzelzimmers erstattet werden. Darüber hinausgehende Kosten gelten als übermäßig hoch und sind von der versicherten Person zu tragen.	
<input type="checkbox"/> geschätzter Gesamtpreis:	
Anm.: Sämtliche Hauptrechnungen des Krankenhauses im Zusammenhang mit Ihrem Krankenhausaufenthalt werden von Ihrer Abrechnungsstelle bezahlt. Sollten Sie eine solche Rechnung erhalten, leiten Sie sie bitte – ohne sie zu bezahlen – an Ihre Abrechnungsstelle weiter.	
<input type="checkbox"/> Preis nicht verfügbar : Ich übernehme die volle Verantwortung für als überhöht angesehene Kosten sowie jegliche Überschreitung der Erstattungshöchstsätze	

AUFWÄNDIGE AMBULANTE BEHANDLUNG¹

<input type="checkbox"/> Anerkannte schwere Krankheit	Nr. des Bescheids ² :
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------

HOHE UND/ODER WIEDERHOLT ANFALLENDE BEHANDLUNGSKOSTEN¹

(Nur wenn die monatlichen Kosten mehr als 20 % des Grund- oder Ruhegehalts des Hauptversicherten ausmachen)	
<input type="checkbox"/> Wiederholter Kauf teurer Arzneimittel³	
<input type="checkbox"/> Wiederholte Inanspruchnahme eines Krankenwagens oder eines leichten Sanitätsfahrzeugs (Nur wenn die monatlichen Kosten mehr als 20 % des Grund- oder Ruhegehalts des Hauptversicherten ausmachen) Nr. der vorherigen Genehmigung ² :	
<input type="checkbox"/> Kostenintensive Untersuchungen³ Nr. der vorherigen Genehmigung (falls erforderlich) ² : Gültig vom bis Monatliche Kosten:	

NAME UND ADRESSE DES LEISTUNGSERBRINGERS (Krankenhaus/Klinik/Apotheke/usw.):

Name:
Adresse: Stadt und Land:
Telefon: Fax: E-Mail-Adresse:

Ich habe folgendes zur Kenntnis genommen: Der Berechtigte hat anzugeben, in welcher Höhe ihm von einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung für sich selbst oder eine von ihm mitversicherte Person Kosten erstattet wurden bzw. er Anspruch auf die Erstattung der Kosten hat (Artikel 72 (4) des Statuts).

Ich habe die geltenden Bedingungen und Vorschriften (siehe Rückseite) zur Kenntnis genommen und verpflichte mich zu deren Einhaltung.

Datum Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossene Person¹
Unterschrift des Antragstellers Gesetzlicher Vertreter¹:
Name, Vorname:

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen.

² Information erforderlich falls es sich nicht um ein Vertrags-Krankenhaus handelt.

³ Bitte unbedingt eine Kopie der ärztlichen Verschreibung beifügen, in der die Art der Arzneimittel bzw. Untersuchungen und deren Dauer angegeben sind.

Modalitäten der Kostenübernahme (Titel III Kapitel 4 der Allg. Durchführungsbestimmungen)

Gemäß Artikel 30 der Gemeinsamen Regelung können den angeschlossenen Personen Vorschüsse gewährt werden, damit sie größere Aufwendungen bestreiten können. Sie werden hauptsächlich in Form einer Kostenübernahme und in Ausnahmefällen in Form von Vorschüssen gewährt.

Wer ergänzend durch die gemeinsame Krankheitsfürsorge abgesichert ist, hat nur dann Anspruch auf Kostenübernahme bzw. einen Vorschuss, wenn aufgrund der Unterlagen zweifelsfrei feststeht, dass die Krankheitsfürsorge gemäß den Vorschriften dieses Titels über die ergänzende Rolle des GKFS an die Stelle der Primärversicherung tritt.

Kostenübernahme

Außer in Notfällen oder in Fällen höherer Gewalt muss die Kostenübernahme vorab von der angeschlossenen Person beantragt werden.

Die Kostenübernahme wird in folgenden Fällen gewährt:

– Bei Krankenhausaufenthalten; die Kostenübernahme bezieht sich in diesem Fall auf die Hauptrechnungen und die Rechnung des Operateurs.

Bei getrennter Rechnungsstellung kann für die Rechnungen des Anästhesisten und des Assistenzarztes auch eine Kostenübernahme erfolgen.

Die Kostenübernahme gilt für einen Aufenthalt von maximal 60 Tagen. Bei Krankenhausaufhalten von längerer Dauer muss beim Vertrauensarzt ein Antrag auf Verlängerung eingereicht werden, dem ein ärztliches Gutachten mit der Begründung für die Verlängerung beigefügt ist.

– Im Falle stark belastender ambulanter Behandlungen im Rahmen einer schweren Krankheit, wie beispielsweise Strahlentherapie, Chemotherapie oder Dialyse.

– Bei wiederholter Beschaffung teurer Arzneimittel wie beispielsweise Wachstumshormonen oder der wiederholten Inanspruchnahme eines Krankenwagens oder eines Sanitätsfahrzeugs oder bei kostenintensiven Untersuchungen, wenn die monatlichen Kosten 20 % des Ruhegehalts oder des Grundgehalts der angeschlossenen Person übersteigen.

Im Rahmen einer Kostenübernahme wird der Teil der Kosten, der nach der Abrechnung von der angeschlossenen Person zu übernehmen ist, auf spätere Erstattungen oder ggf. auf ihre Dienstbezüge, ihr Ruhegehalt oder jede sonstige Summe, die ihr Organ ihr schuldet, angerechnet. Auf Betreiben der Abrechnungsstelle kann der Restbetrag auf das Bankkonto der gemeinsamen Krankheitsfürsorge überwiesen werden.

Der Vorschuss ist im Prinzip **spätestens** binnen 3 Jahren ab Datum der Gewährung des Vorschusses zu verrechnen (Artikel 30 der Regelung zur Sicherstellung der Krankheitsfürsorge).

Übermäßig hohe Kosten (GEMEINSAME REGELUNG, Artikel 20 Absatz 2)

Bei Leistungen, für die es keine Erstattungshöchstgrenzen gibt, erfolgt für den Teil der Kosten, der im Vergleich zu den üblichen Kosten in dem Land, in dem sie angefallen sind, als überhöht gilt, keine Erstattung. Der als überhöht geltende Kostenanteil wird im Einzelfall von der Abrechnungsstelle nach Stellungnahme des Vertrauensarztes bestimmt.

Entbindung: siehe Website: https://myintracomm.ec.europa.eu/hr_admin/en/sickness_insurance/treatments-AZ/Pages/pregnancy.aspx

(*) Besondere Modalitäten für ergänzend über das GKFS abgesicherte Personen (Titel III Kapitel 3 der Allgemeinen Durchführungsbestimmungen)

Wer ergänzend über das GKFS abgesichert ist, muss zunächst seine nationale gesetzliche Primärversicherung in Anspruch nehmen und bei dieser die Erstattung seiner Behandlungskosten beantragen. Die gemeinsame Krankheitsfürsorge tritt nur als Zusatzversicherung ein.

Kosten für Leistungen, die nicht vom primären Versicherungsträger erstattet werden, können von der Krankheitsfürsorge erstattet werden, sofern sie dort erstattungsfähig sind. Die gemeinsame Krankheitsfürsorge übernimmt in diesem Fall quasi die Rolle des primären Versicherungsträgers.

Ist aus Gründen der freien Wahl des Leistungserbringers (insbesondere bei Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen) eine Erstattung durch den primären Versicherungsträger nicht möglich, kann die gemeinsame Krankheitsfürsorge auch für Leistungen eintreten, die von ihr erstattet werden, sofern mittels beweiskräftiger Unterlagen festgestellt wird, dass alle Verfahren und Vorschriften der Primärversicherung eingehalten wurden. In diesem Falle ersetzt die Krankheitsfürsorge die Primärversicherung nur in Bezug auf die betreffenden Leistungen.

Wer ergänzend über das GKFS abgesichert und ansonsten bei einer Versicherung mit Direktleistung versichert ist, kann sich die privat verauslagten Kosten für die nachstehend aufgeführten Leistungen erstatten lassen, wenn die staatliche Versicherung nachweislich offenkundige Defizite aufweist (beispielsweise Wartezeiten, nicht vorhandene Leistungen):

- Krankenhausaufenthalte und chirurgische Eingriffe
- Pflegepersonal
- Behandlungen und Untersuchungen in einer Klinik
- Bade- und Genesungskuren
- Alters- und Pflegeheime

Hierzu ist eine vorherige Genehmigung erforderlich.

Kosten für Leistungen, die nicht auf der vorstehenden Liste aufgeführt sind, können von der gemeinsamen Krankheitsfürsorge erstattet werden, wenn sie bei dieser erstattungsfähig sind.

Die Beschränkungen bei der freien Wahl gelten weder für die angeschlossene Person noch für die ergänzend versicherten unterhaltsberechtigten Kinder.

Anschriften der GKFS-Abrechnungsstellen

Abrechnungsstelle Brüssel Europäische Kommission Büro SC27 3/04 1049 Brüssel, BELGIEN Tel.: +32-229-59856 Fax: +32-229-59701	Abrechnungsstelle Ispra Europäische Kommission PMO/06 – TP 730 Via E. Fermi, 2749 21027 Ispra, ITALIEN Tel.: +39-0332-789966 Fax: +39-0332-789423	Abrechnungsstelle Luxemburg Europäische Kommission DRB – B1/073 2920 Luxemburg, LUXEMBURG Tel.: +352 4301-36103/-36406 Fax: +352 4301/-36019
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PMO-CONTACT - <https://ec.europa.eu/pmo/contact/> - Tel.: + 32 229-**97777**

Ich habe die geltenden Bedingungen und Vorschriften zur Kenntnis genommen und verpflichte mich zu ihrer Einhaltung.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Dem Krankheitsfürsorgesystem angeschlossene Person¹

Gesetzlicher Vertreter¹:

Name, Vorname: