Wichtige Satzungsartikel über die Auswirkungen bei Nichtzahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste der Freien Krankenkasse

Wenn ein Mitglied die Beiträge für die Zusätzlichen Dienste nicht zahlt, hat dies Auswirkungen, die wir im Folgenden erklären. Es betrifft insbesondere die Mitglieder, die ab dem 1. Januar 2022 mit mehr als 24 Monaten ihrer Beitragszahlungen in Verzug sind.

Die Einzelheiten sind in der Satzung der Freien Krankenkasse unter „Mitgliederkategorien“ aufgeführt. Hiermit möchten wir diese Bestimmungen in kurzer und verständlicher Form in Erinnerung rufen.

- Seit dem 1. Januar 2012 ist jeder Hauptversicherte dazu verpflichtet, sich den Zusätzlichen Diensten seiner Krankenkasse anzuschließen und die dafür vorgesehenen Beiträge zu zahlen, um deren Leistungen in Anspruch nehmen zu dürfen.
- Seit dem 1. Januar 2019 führt die Nichtzahlung dieser Beiträge dazu, dass die Inanspruchnahme der Vorteile der Zusätzlichen Dienste bis zur Wiederherstellung des Anspruchs (s. unten) ausgesetzt wird.

Wenn die Beiträge seit mehr als 24 Monaten nicht gezahlt wurden:

- entfällt die Inanspruchnahme der Vorteile der Zusätzlichen Dienste und eine Regularisierung der verflossenen Periode ist nicht mehr möglich.
- müssen die Beiträge ab dann während 24 Monaten entrichtet werden, ohne einen Vorteil der Zusätzlichen Dienste in diesem Zeitraum beanspruchen zu dürfen. Erst im Anschluss daran ist das Anrecht auf die Inanspruchnahme der Vorteile wiederhergestellt.
- werden infolgedessen auch die wahlfreien Versicherungsverträge (Krankenhausversicherung, Zahnpflegeversicherung) des Hauptversicherten und seiner Mitversicherten bei MLOZ Insurance automatisch beendet. Ein neuer Vertrag kann nur abgeschlossen werden, wenn die im vorstehenden Punkt genannte Frist von 24 Monaten für eine erneute Geltendmachung der Ansprüche begonnen hat und die Beiträge regelmäßig gezahlt werden: jede Unterbrechung von 6 Monaten in der Zahlung dieser Beiträge führt erneut zum Ausschluss von MLOZ Insurance.
- Ein neuer Vertrag kann nur zu den Bedingungen abgeschlossen werden, die zu diesem Zeitpunkt gelten (bspw. in Bezug auf Alter des Versicherten, den Gesundheitszustand und die zu zahlenden Prämien), also nicht zu den Bedingungen des ursprünglichen Vertrags.

Die Folgen bei Nichtzahlung der Beiträge für die Zusätzlichen Dienste können somit schwerwiegend sein.

Diese Regeln sind auch dann anwendbar, wenn das Mitglied während der unbezahlten Periode nicht ein- und derselben, sondern verschiedenen Krankenkassen angeschlossen war. Sie bleiben auch bei einem eventuellen Wechsel der Krankenkasse anwendbar, nachdem das Mitglied die Möglichkeit verloren hat, die Vorteile der Zusätzlichen Dienste in Anspruch zu nehmen.

Diesbezüglich folgen nun die verschiedenen Artikel unserer Satzung.

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 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. Es darf keine Verrechnungen geben zwischen den nicht gezahlten Beiträgen für die Zusätzlichen Dienste einerseits und den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits.

§ 2 Das Mitglied, welches berechtigt ist, einen Vorteil der Zusätzlichen Dienste in Anspruch 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, 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 und während dieses Zeitraums seine Beitrage 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.

1° 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 genannte Frist der „Wiederherstellung des Anspruchs“ nicht beendet hat;

b) um ein Mitglied handelt, das sich in einer der folgenden Situationen befindet:

- 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.

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.

§ 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 genannte 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 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 das 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.

Die im vorherigen Absatz genannte Periode von 24 Monaten wird aufgehoben:

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.
…

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.
…

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.