### Antrag an den Besonderen Solidaritätsfonds (BSF):

### Erklärung auf Ehrenwort

Sie müssen beim Vertrauensarzt Ihrer Krankenkasseeine finanzielle Beteiligung des Besonderen Solidaritätsfonds (BSF) beantragen.1 Die Krankenkasse wird Ihnen helfen, die erforderlichen Unterlagen zusammenzutragen und Ihren Antrag dem BSF zu übermitteln. Dem Antrag ist unter anderem diese ‘Erklärung auf Ehrenwort’ beizufügen. Sie müssen diese Erklärung **vollständig ausfüllen** und **unterzeichnen**, damit der BSF Ihren Antrag bearbeiten kann. Wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihren Willen zu äußern, ist Ihr gesetzlicher Vertreter ermächtigt, das Formular an Ihrer Stelle auszufüllen und zu unterzeichnen. Ihr gesetzlicher Vertreter muss angeben, welches Verhältnis zu Ihnen besteht und gegebenenfalls Belege beifügen.

**Brauchen Sie Hilfe?**Sie können Ihre Krankenkasse um Hilfe beim ausfüllen dieser Erklärung bitten. Wenn Ihre Krankenkasse Ihre Fragen nicht beantworten kann, können Sie sich unmittelbar an die Abteilung des BSF beim LIKIV wenden:

Ruf: +31(0)2/739 76 70

E-Mail: solidariteits-fonds-solidarite@likiv.fgov.be

*​(Wichtiger Hinweis: der BSF kann keine genauen Angaben über eine medizinische Akte machen.)*

**Weitere Informationen?**

Weitere Informationen über den BSF finden Sie auf der Internetseite des LIKIV

*Themen > Pflege: Kosten und Erstattung > Was erstattet die Krankenkasse > Besonderer Solidaritätsfonds*

**Rubrik 1: Ihre persönliche Daten**

*(Füllen Sie folgende Daten aus oder kleben Sie eine Vignette der Krankenkasse:)*

Name: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Vorname:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Straße: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Hausnummer: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Postleitzahl: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Ort: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Nationalregisternummer *(Diese Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihres Personalausweises). Sie umfasst 11 Ziffern und beginnt mit Ihrem Geburtsdatum in umgekehrter Reihenfolge.):* \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Krankenkasse: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Wenn Sie einen gesetzlichen Vertreter haben, die persönliche Daten Ihres gesetzlichen Vertreters:**

Name: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Vorname:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Straße: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Hausnummer: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Postleitzahl: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Ort: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Rubrik 2: Ihr etwaiger Anspruch auf eine finanzielle Beteiligung des BSF**

Sie erklären:

*(Sie brauchen hier nichts anzukreuzen oder auszufüllen.)*

* zur Kenntnis genommen zu haben, dass für die beantragte Leistung keine finanzielle Beteiligung durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehen ist, es sei denn, mittels eines Antrags beim BSF.1
* zur Kenntnis genommen zu haben, dass die Einreichung eines Antrags nicht automatisch zu einer Beteiligung des BSF führt.
* zur Kenntnis genommen zu haben, dass eine Beteiligung des BSF nicht unbedingt die gesamten Kosten, sondern möglicherweise lediglich ein Teil davon decken wird, und einen Eigenanteil demnach berücksichtigt werden kann.
* zur Kenntnis genommen zu haben, dass eine Genehmigung für eine im Ausland erbrachte Behandlung durch Ihre Krankenkasse nicht automatisch zu einer Beteiligung des BSF führt.

**Rubrik 3: Ihr Anspruch auf eine finanzielle Beteiligung durch eine andere Partei**

**Wichtig!** Um eine Beteiligung des BSF zu erhalten, müssen alle anderen Erstattungsmöglichkeiten erschöpft sein. Eine Erstattung kann von Ihrer Krankenkasse oder kraft einer anderen Gesetzgebung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit, usw.), sondern auch von einer Privatversicherung (z. B. Zusatzversicherung und/oder Krankenhausversicherung), oder von einer anderen Partei gewährt werden.

Bevor Sie einen Antrag auf eine Beteiligung des BSF einreichen, sollten Sie zuerst überprüfen, ob Sie nicht Anspruch auf eine Erstattung Ihrer Krankenkasse und im Rahmen einer anderen Gesetzgebung oder einer Versicherungsgesellschaft haben.

Sie erklären, dass:

*(Kreuzen Sie den zutreffenden Paragrafen an und füllen Sie gegebenenfalls die erforderlichen Daten aus ):*

* Sie **keinen** Anspruch auf eine finanzielle Beteiligung haben, auch nicht zum Teil, für die medizinische(n) Leistung(en), für die Sie einen Antrag stellen

 *(Ihre Rechte aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften und aufgrund eines abgeschlossenen Einzel- oder Kollektivvertrags sind erschöpft.)*

* Sie **tatsächlich**  Anspruch auf eine finanzielle Beteiligung haben, gegebenenfalls zum Teil, für die medizinische(n) Leistung(en), für die Sie einen Antrag stellen

 *(Sie können Rechte geltend machen aufgrund belgischer oder ausländischer Rechtsvorschriften und aufgrund eines abgeschlossenen Einzel- oder Kollektivvertrags)*

 In diesem Fall geben Sie den Betrag der erhaltenen finanziellen Beteiligung an:

 \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_EUR

**Rubrik 4: Der Empfänger der finanziellen Beteiligung**

Ihre Krankenkasse leitet **grundsätzlich** die Beteiligung an Sie weiter. Sie können jedoch ausdrücklich entscheiden, dass Ihre Krankenkasse diese an einen Pflegeerbringer (Arzt, Krankenhaus, usw.) weiterzuleiten hat.

Sie bevorzugen, dass:

*(Kreuzen Sie den zutreffenden Paragrafen an und füllen Sie gegebenenfalls die erforderlichen Daten aus)*

die Krankenkasse Ihnen die finanzielle Beteiligung überweisen wird.

die Krankenkasse unmittelbar dem Pflegeerbringer die finanzielle Beteiligung überweisen wird.

In diesem Fall geben Sie den Namen an (und, wenn möglich, die LIKIV-Nummer, die Adresse und die Kontonummer) des von Ihnen bezeichneten Pflegeerbringers zur Entgegennahme der finanziellen Beteiligung:

Name des Pflegeerbringers: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

LIKIV-Nummer : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Straße: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Hausnummer: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Postleitzahl: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Ort: \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

Kontonummer : \_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_

**Rubrik 5: Datum und Unterschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Ihr Name 2: OderODER\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_ | Name Ihres gesetzlichen Vertreters2:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ Das Verhältnis zwischen Ihrem gesetzlichen Vertreter und Ihnen 3:\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_ \_ \_\_  |
| Datum *(Tag/Monat/Jahr)*: \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ | Datum *(Tag/Monat/Jahr)*: \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_ |
| Unterschrift: | Unterschrift: |

1. Artikel 25 des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, *BS* 27. August 1994.
2. Um zulässig zu sein, müssen die Identitätsdaten des Unterzeichneten deutlich angegeben werden.
3. Wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihren Willen zu äußern, ist Ihr gesetzlicher Vertreter ermächtigt, das Formular an Ihrer Stelle zu unterzeichnen. Daher soll letztere sein Verhältnis mit Ihnen angeben (gegebenenfalls Belege beifügen).