



AIACE
INTERNATIONALE VEREINIGUNG DER EHEMALIGEN BEDIENSTETEN DER
EUROPÄISCHEN UNION

ABC DER KRANKENVERSICHERUNG DER
EUROPÄISCHEN INSTITUTIONEN

Dieser Leitfaden wurde von AIACE International für die Familien und Angehörigen der Pensionäre der europäischen Institutionen erstellt, um ein besseres Verständnis der Statutenbestimmungen über ihre finanziellen Ansprüche zu erlangen und ihnen in besonderen oder komplexen Situationen helfen zu können. Es handelt sich um einen praktischen Leitfaden, der einen allgemeinen Überblick über diese Bestimmungen bietet, aber in keiner Weise die geltenden offiziellen Dokumente ersetzt. Es wird hauptsächlich auf die Informationen verwiesen, die auf der Website der AIACE International ohne Login oder Passwort über einen Link zugänglich sind, wo alle erforderlichen Formulare und Dokumente zu finden sind.

Das ABC der Krankenversicherung behandelt die Regeln, die allen Mitgliedsstaaten gemeinsam sind. Wenn es sich jedoch um nationale Besonderheiten handelt, werden diese gesondert in den dafür vorgesehenen Dokumenten auf der Website jeder Sektion aufgeführt.

Für dieses Dokument sind in keiner Weise die Dienststellen der Europäischen Kommission verantwortlich. Es wurde unter der Verantwortung von AIACE International erstellt.

Version: 6.10.2026

Deutsche Übersetzung des französischen Originaltextes L'ABC DE L'ASSURANCE MALADIE DES INSTITUTIONS EUROPÉENNES (Hyperlinks zu französischsprachigen Dokumenten durch die entsprechenden deutschsprachigen ersetzt, soweit vorhanden.)

1. EINLEITUNG	4
KRANKENVERSICHERUNG	4
RUHEGEHALT (PENSION)	4
FAMILIENZULAGEN	4
2. ABDECKUNG DURCH DAS GKFS: WER IST WIE VERSICHERT?	4
3. ERSTATTUNG	5
3.1. ALLGEMEINES	5
3.2. KONSULTATION UND ARZTBESUCH	6
3.3. ÄRZTLICHE TELEKONSULTATION	6
3.4. ARZNEIMITTEL	6
3.5. ONLINE-KAUF VON ARZNEIMITTELN	7
3.6. PRÄVENTIVE ZAHNBEHANDLUNGEN	7
3.7. BRILLEN	7
3.8. HÖRGERÄTE	7
3.9. MEDIZINISCHE FUßPFLEGE	7
3.10. OSTEOPATHIE-PHYSIOTHERAPIE	8
3.11. EINLAGEN UND ORTHOPÄDISCHE SCHUHE	8
3.12. LYMPHDRAINAGE	8
3.13. AKUPUNKTUR	8
3.14 STÖRUNGEN DES SEHVERMÖGENS	9
4. BEZIEHUNGEN ZUM GKFS	9
4.1. ABRECHNUNGSSTELLEN	9
4.2. ÜBERHÖLTE BEHANDLUNGSKOSTEN	9
4.2B ERSTATTUNGSFÄHIGER BASISKOEFFIZIENT	9
4.3. SONDERERSTATTUNG	9
4.4. VORSCHUSS AUF HOHE MEDIZINISCHE AUSGABEN	9
4.5. VORRANGIGE ERSTATTUNG BEI HOHEN AUSGABEN	10
5. VORHERIGE GENEHMIGUNG	10
5.1. GRUNDPRINZIPIEN	10
5.2. IN WELCHEN FÄLLEN IST EINE VORHERIGE GENEHMIGUNG ERFORDERLICH?	10
5.3. WIE DAS FORMULAR KORREKT AUSGEFÜLLT WIRD	10
5.4. VORHERIGE GENEHMIGUNG UND NATIONALES GESUNDHEITSSYSTEM	11
5.5. VORHERIGE GENEHMIGUNG FÜR DIE ERSTATTUNG ZAHNÄRZTLICHER AUSGABEN	11
5.6. VORHERIGE GENEHMIGUNG FÜR DIE ERSTATTUNG VON ARZNEIMITTELN	11
5.7. VORHERIGE GENEHMIGUNG FÜR DIE ERSTATTUNG VON TRANSPORTKOSTEN	11
5.8. VORHERIGE GENEHMIGUNG FÜR DIE ERSTATTUNG EINER KURBEHANDLUNG	12
6. KRANKENHAUSAUFENTHALT	13
6.1. KOSTENÜBERNAHME BEI HOHEN BEHANDLUNGSKOSTEN	13
6.2. WELCHE KRITERIEN GELTEN FÜR DIE ANSPRUCHSBERECHTIGUNG?	14
6.3. WIE MAN DAS FORMULAR KORREKT AUSFÜLLT	14
6.4. WENN DIE KOSTENÜBERNAHME NICHT MÖGLICH IST: DER VORSCHUSS	14
6.5. KOSTENÜBERNAHME IN EU-LÄNDERN MIT TEUREN GESUNDHEITSSYSTEMEN	14
6.6. KRANKENHAUSAUFENTHALT AUßERHALB DER EU	15

7. ZUSÄTZLICHE VERSICHERUNGEN VON CIGNA	15
7.1. ALLGEMEINES	15
7.2. UNFALLVERSICHERUNG	15
7.3. KRANKENHAUSZUSATZVERSICHERUNG	16
7.4. KONTAKT ZU CIGNA	16
7.5. GRUPPE „VERSICHERUNGEN“	16
8. FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN	16
8.1. ALLGEMEINES	16
8.2. AN WEN RICHTEN SICH DIE FRÜHERKENNUNGSPROGRAMME?	17
8.3. WIE WIRD DAS FRÜHERKENNUNGSPROGRAMM ORGANISIERT?	17
8.4. MÖGLICHE OPTIONEN	17
8.5. DAS VERFAHREN	17
8.6. PHASEN DES PROGRAMMS	18
8.7. ERSTATTUNGSREGELN	18
9. ANERKENNUNG EINER SCHWEREN KRANKHEIT	19
9.1. ANERKENNUNGSKRITERIEN	19
9.2. GÜLTIGKEITSDAUER DER ANERKENNUNG	20
9.3. ALS SCHWER EINGESTUFTE KRANKHEITEN	20
9.4. ERSTATTUNG	20
10. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	20
10.1. ANERKENNUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT: EINZUREICHENDE UNTERLAGEN	20
10.2. ALTEN- UND PFLEGEHEIME	21
10.3. HÄUSLICHE PFLEGE	21
10.4. PFLEGE BETT	23
10.5. ROLLSTÜHLE, DIE AUS EIGENER KRAFT BEWEGT WERDEN	23
10.6. INKONTINENZMATERIAL	24
10.7. TOILETTENSTUHL UND DUSCHSTUHL (FÜR DEN HÄUSLICHEN GEBRAUCH)	24
10.8. GEHHILFE MIT 2 RÄDERN UND SITZ	24
10.9. GERÄT ZUR BEHANDLUNG VON SCHLAFAPNOE	24
10.10. HAUSHALTSHILFE	25
11. WAS IM TODESFALL ZU TUN IST	25
11.1. WAS IST MIT DEN RECHNUNGEN ÜBER DIE BEHANDLUNGSKOSTEN DES VERSTORBENEN ODER SEINER ANGEHÖRIGEN ZU TUN?	25
11.2. BANKKONTO, AUF DAS DIE HINTERBLIEBENENRENTE ÜBERWIESEN WIRD	25
12. VOLLMACHT: BENENNUNG EINER VERTRAUENSPERSON FÜR ALLE IHRE BEZIEHUNGEN ZUM PMO.	26
13. AN WELCHE ABRECHNUNGSSTELLE SIND DIE UNTERLAGEN ZU SENDEN?	27
14. WO FINDE ICH INFORMATIONEN? WO FINDE ICH HILFE?	28

1. Einleitung

Die Pensionäre der EU-Institutionen, einschließlich ihrer Hinterbliebenen, unterliegen dem Statut der Beamten und den Beschäftigungsbedingungen für die sonstigen Bediensteten der EU. Das Statut regelt ihre finanziellen Ansprüche, insbesondere in Bezug auf die Krankenversicherung, die Pension und die Familienzulagen.

Krankenversicherung

Die Pensionäre der Institutionen sind dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der Institutionen, dem sogenannten GKFS (französisch RCAM, englisch JSIS), angeschlossen, das eine primäre Krankenversicherung ist. Die Funktionsweise des GKFS wird durch die Gemeinsame Regelung und die [Allgemeinen Durchführungsbestimmungen \(ADB\)](#) geregelt.

Ruhegehalt (Pension)

Während ihres Dienstes haben die Ruhegehaltsempfänger monatlich Beiträge in das Versorgungssystem der EU-Institutionen eingezahlt. Damit erwarben sie Ansprüche auf ein Ruhegehalt, das nach bestimmten Kriterien, einschließlich der Anzahl der Dienstjahre, berechnet wird. Das Ruhegehalt wird direkt von der Institution auf das Konto der betreffenden Person überwiesen. Für dieses Ruhegehalt gelten verschiedene Statutenbestimmungen.

Familienzulagen

Die Ruhegehaltsempfänger der Einrichtungen können je nach ihrer Situation und bestimmten Kriterien Anspruch auf von der Institution gezahlte Zulagen wie eine Familienzulage, eine Zulage für unterhaltsberechtignte Kinder oder eine Erziehungszulage haben.

Im vorliegenden Dokument beschränken wir uns auf die Krankenversicherung.

2. Abdeckung durch das GKFS: Wer ist wie versichert?

Ehemalige Beamte und Bedienstete sind **primär versichert**.

Grundsätzlich können auch Familienangehörige durch das GKFS abgedeckt sein, jedoch auf unterschiedliche Weise:

- **Ehepartner oder anerkannter Partner ohne jegliches Erwerbseinkommen (oder mit einem Einkommen unter 20 % der [Besoldungsgruppe AST2/1](#)) und ohne Versicherungsschutz im nationalen Krankenversicherungssystem erhalten einen primären Versicherungsschutz.** Dasselbe gilt für den Ex-Ehepartner oder den ehemaligen anerkannten Partner, wenn dieser eine Hinterbliebenenrente bezieht.
- **Ehepartner oder anerkannter Partner mit Erwerbseinkommen und Versicherungsschutz im nationalen Krankenversicherungssystem erhalten einen ergänzenden Versicherungsschutz, sofern ihr jährliches zu versteuerndes Einkommen die vom GKFS jährlich festgelegte Obergrenze in ihrem Land nicht überschreitet.** Die Obergrenzen pro Land werden jedes Jahr an die betreffenden

Versicherten gesendet. Die Zusatzversicherung wird auf der Grundlage der Einkommenssteuererklärung des Ehepartners oder des anerkannten Partners gewährt, die jedes Jahr bis zum 30. Juni einzureichen ist und für einen verlängerbaren Zeitraum von einem Jahr (Juli bis Juli) gilt).

- **Kinder haben Anspruch auf eine primäre oder ergänzende Abdeckung:**
 - ✓ Wenn sie durch das nationale Krankenversicherungssystem des Ehepartners (Elternteil des Kindes) abgedeckt sind, erhalten sie eine ergänzende Deckung durch das GKFS, sofern Familienzulagen für diese Kinder gezahlt werden (bis maximal 26 Jahre);
 - ✓ Wenn die Familienzulagen unterbrochen oder eingestellt werden (Ende des Studiums und/oder über 26 Jahre, bezahlte studentische Tätigkeit), endet auch der GKFS-Schutz;
 - ✓ Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes um maximal 12 Monate kann für Kinder ohne bezahlte Beschäftigung oder in einer Probezeit zur Erlangung der nationalen Sozialversicherung beantragt werden.

3. Erstattung

3.1. Allgemeines

Die Pensionäre müssen einen [Erstattungsantrag](#) an das GKFS stellen, entweder über [MyPMO](#) oder [JSIS/RCAM \(GKFS\) online¹](#) oder auf Papier, aber niemals gleichzeitig auf beiden Wegen. Je nach Leistung wird eine Erstattungsquote von 80 % oder 85 % angewendet, außer bei Anwendung der Übermäßigkeit (siehe Punkt 4.2). Eine Erstattungsquote von 100 % kann für bestimmte Ausgaben im Falle einer vom GKFS anerkannten schweren Krankheit angewendet werden, ebenfalls vorbehaltlich der Anwendung der Übermäßigkeit.

Erstattungshöchstgrenzen werden angewendet, um das finanzielle Gleichgewicht des Systems zu wahren, sowie Paritätskoeffizienten, die spätestens alle 2 Jahre festgelegt werden, um eine gerechte Behandlung der in den EU-Mitgliedstaaten abgerechneten Leistungen zu gewährleisten.

Ab dem ersten Tag des Ruhestands muss nur die Pensionsnummer verwendet werden. Der Pensionär behält die freie Wahl des Leistungserbringers (Arzt, Physiotherapeut, Krankenschwester), ebenso wie die Familienmitglieder, die von der Primärversicherung profitieren. Im Gegensatz dazu hat der Ehepartner mit ergänzender Deckung diese freie Wahl des Leistungserbringers nicht, sondern muss sich zuerst an das primäre nationale Versicherungssystem wenden und dann die Erstattung beim GKFS beantragen, das als Ergänzungssystem fungiert.

Achtung: Auf dem Formular immer die Pensionsnummer im Feld „Personalnummer“ angeben.

Den Erstattungsanträgen „auf Papier“ müssen immer die Originalbelege beigelegt werden. Die Kopien müssen vom Versicherten 18 Monate ab Erhalt der Abrechnung aufbewahrt werden. Wenn die Anträge online gestellt werden, müssen die

¹ Beide sind nur über einen sicheren Zugang namens EU Login zugänglich. Ihre Daten werden durch eine 2-Faktor-Authentifizierung geschützt, um zusätzliche Sicherheit zu gewährleisten.

Originaldokumente für denselben Zeitraum aufbewahrt werden. Im Falle einer ergänzenden Erstattung müssen Sie die Originalrechnung zusammen mit der detaillierten Aufstellung der vom nationalen System erhaltenen Erstattungen beifügen.

Achtung: Der Erstattungsantrag muss spätestens 18 Monate nach dem Leistungsdatum eingereicht werden.

In Belgien sind Verschreibungen für medizinische Behandlungen theoretisch 2 Jahre gültig, sofern die Behandlung innerhalb von 6 Monaten nach Ausstellungsdatum beginnt. Diese Dauer variiert jedoch je nach Mitgliedstaat und hängt vom Ort der medizinischen Leistung ab.

Im Falle eines Unfalls genießen die Pensionäre nicht mehr den Versicherungsschutz, den sie während ihrer Tätigkeit hatten (Möglichkeit einer privaten „Unfallversicherung“, siehe Punkt 6).

3.2. Konsultation und Arztbesuch

Konsultationen und Arztbesuche bei einem Allgemein- oder Facharzt werden zu 85 % (100 % im Falle einer schweren Krankheit) bis zu einer **Höchstgrenze** (auf die der Paritätskoeffizient angewendet wird) erstattet. Die Kosten für dringende Nachtbesuche, am Wochenende und an Feiertagen werden ebenfalls zu 85 % und im Falle einer schweren Krankheit zu 100 % erstattet. Dem Erstattungsantrag muss die Bescheinigung der Konsultation in der Arztpraxis oder zu Hause beigelegt werden, wobei immer der vollständige Name des Patienten, das Datum und die Höhe der Honorare anzugeben sind.

Achtung: Im Falle einer ärztlichen Konsultation, bei der eine Untersuchung durchgeführt wird, kodieren Sie « analyses et examens »/ »analyses and tests « oder « consultations et divers »/ « consultations and miscellaneous », in der GKFS Online oder MyPMO.

3.3. Ärztliche Telekonsultation

Infolge der Covid-Epidemie und der damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen wurde die ärztliche Telekonsultation entwickelt. Diese Konsultation wird vom GKFS mit demselben Leistungscode erstattet.

3.4. Arzneimittel

Arzneimittel (Französisch oder Englisch) werden zu 85 % erstattet.

Achtung: Einige Arzneimittel unterliegen einer vorherigen Genehmigung (VG), andere sind auch dann nicht erstattungsfähig, wenn sie von einem Arzt verschrieben wurden (siehe Punkt 5).

Bedingungen:

- Sie müssen zwingend verschrieben sein.
- Die offizielle Quittung der Apotheke muss beigelegt werden mit:
 - ✓ Name des verschreibenden Arztes;
 - ✓ Vollständiger Name des Patienten;
 - ✓ Beschreibung des verschriebenen Medikaments;
 - ✓ Preis jedes Produkts;
 - ✓ Datum der Medikamentenausgabe;
 - ✓ Stempel und Unterschrift des Apothekers.

In Ländern, in denen eine solche Quittung nicht existiert, muss eine Kopie der ärztlichen Verschreibung der Originalrechnung beigelegt werden. Andernfalls ist die Verschreibung nicht erforderlich.

3.5. Online-Kauf von Arzneimitteln

Das GKFS kann einige online gekaufte Arzneimittel erstatten, wenn alle für die Erstattung erforderlichen Informationen auf der Rechnung angegeben sind (siehe oben „Arzneimittel“). Sie können von einem Apotheker, einem Arzt oder einer anderen autorisierten Stelle oder einem System, das zur Abgabe von Arzneimitteln im betreffenden Mitgliedstaat berechtigt ist, ausgestellt werden. Unter Apotheker ist eine offiziell anerkannte Online-Apotheke im betreffenden Mitgliedstaat zu verstehen.

3.6. Präventive Zahnbehandlungen

Sie werden zu 80 % mit einem für das Kalenderjahr und pro Begünstigtem festgelegten **Höchstbetrag** erstattet. Behandlungen im Zusammenhang mit Implantaten und Kronen sind in den präventiven Behandlungen enthalten. Wenn die Behandlungen nicht präventiv sind, unterliegen sie einer VG (siehe Punkt 5).

Achtung: Dem **Formular** eine detaillierte offizielle Rechnung des Zahnarztes beifügen.

3.7. Brillen

Sie werden zu 85 % bis zur anwendbaren **Höchstgrenze** erstattet. Maximal 2 Brillenpaare alle 2 Jahre, es sei denn, es liegt eine Änderung der Dioptrien oder der Achse von mindestens 0,50 vor, die medizinisch im Vergleich zur letzten Erstattung bescheinigt wird. Kontaktlinsen und Pflegemittel werden zu 85 % mit einer anwendbaren **Höchstgrenze** über einen Zeitraum von 2 Jahren erstattet. Das **Formular** muss vom Optiker ausgefüllt und der Rechnung beigelegt werden. Ein **Dokument**, das erklärt, wie man eine schnelle Erstattung für Brillen erhält, ist verfügbar.

Für den Anspruch auf Erstattung ist eine korrekte Rechnung erforderlich, die Folgendes spezifiziert:

- Vollständiger Name des Kunden;
- Art der Sehstärke und detaillierte Dioptrienangaben;
- Für Brillen: Preise von Gestell und Gläsern müssen getrennt ausgewiesen werden;
- Kaufdatum;
- Vollständiger Name des Anbieters (Stempel und Unterschrift).

3.8. Hörgeräte

Sie werden zu 85 % bis zu einer **Höchstgrenze** pro Gerät ohne vorherige Genehmigung erstattet. Für den Anspruch auf Erstattung ist eine ärztliche Verschreibung eines HNO-Arztes oder eines Hörgeräteakustikers erforderlich, begleitet von den audiometrischen Ergebnissen mit und ohne Gerät. Erneuerung möglich nach 5 Jahren; Wartung und Batterien sind nicht erstattungsfähig.

3.9. Medizinische Fußpflege

Sie wird zu 80 % bis zu einer **Höchstgrenze** erstattet, wenn:

- Eine ärztliche Verschreibung vorliegt;

- Die Fußpflege von einem Anbieter durchgeführt wird, der vom Gesundheitsministerium des Landes, in dem die medizinische Leistung erbracht wird, rechtlich anerkannt ist;
- Offizieller Beleg gemäß der Gesetzgebung des Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wurde.

3.10. Osteopathie-Physiotherapie

- **Osteopathie:** Eine ärztliche Verschreibung reicht aus, mit einem Limit von 24 Sitzungen pro Jahr, die zu 80 % mit einer [Höchstgrenze](#) erstattet werden. Eine höhere Anzahl von Sitzungen kann nur mit einer VG gewährt werden (siehe Punkt 5).
- **Physiotherapie:** Eine ärztliche Verschreibung reicht aus, mit einem Limit von 60 Sitzungen pro Jahr, die zu 80 % mit einer [Höchstgrenze](#) erstattet werden. Wenn weitere Sitzungen erforderlich sind, eine VG mit dem Bericht des Arztes anfordern, der die Fortsetzung der Behandlung rechtfertigt (siehe Punkt 5).

3.11. Einlagen und orthopädische Schuhe

- **Einlagen:** Keine VG erforderlich (siehe Punkt 5), eine ärztliche Verschreibung reicht aus. Erstattung zu 85 % für maximal 4 Einlagen pro Jahr bis zu einer [Höchstgrenze](#) pro Einlage.
- **Orthopädische Schuhe:** VG erforderlich (siehe Punkt 5) zusätzlich zur ärztlichen Verschreibung (an Fachgeschäfte wie Bandagisten wenden). Erstattung zu 85 % für maximal 2 Paare pro Jahr bis zu einer [Höchstgrenze](#) pro Paar.

3.12. Lymphdrainage

VG erforderlich (siehe Punkt 5) zusätzlich zur ärztlichen Verschreibung. Die Anzahl der Sitzungen ist auf 20 pro Jahr begrenzt. Erstattung zu 80 % mit einer [Höchstgrenze](#). Keine Begrenzung der Sitzungen oder der Höchstgrenze im Falle einer schweren Krankheit.

3.13. Akupunktur

Keine VG erforderlich. Eine detaillierte ärztliche Verschreibung dem Erstattungsantrag beifügen, die Folgendes angibt:

- Name und offizielle Referenzen des verschreibenden Arztes;
- Vollständiger Name des Patienten;
- Ausstellungsdatum;
- Art der Behandlung;
- Medizinische Begründung (Grund der Behandlung, pathologischer Kontext);
- Anzahl

Die Anzahl der erstattungsfähigen Sitzungen ist auf 30 pro Jahr begrenzt. Erstattung zu 80 % mit einer [Höchstgrenze](#).

Die Behandlung muss von einem Dienstleister durchgeführt werden, der in dem betreffenden Land rechtlich zur Ausstellung dieser Art von Handlung befugt ist.

3.14 Störungen des Sehvermögens

Je nach Art der Augenbehandlung gelten unterschiedliche Regeln für die Erstattung ([Englisch](#) oder [Französisch](#)). In einigen Fällen ist eine vorherige Genehmigung erforderlich oder es müssen Belege vorgelegt werden.

Achtung: Für die Kataraktchirurgie ist, wenn Sie jünger als 55 Jahre sind, eine vorherige Genehmigung erforderlich.

4. Beziehungen zum GKFS

4.1. Abrechnungsstellen

Die Abrechnungsstellen, die Erstattungsanträge und Vorabgenehmigungen bearbeiten, hängen vom Wohnort des Versicherten ab und sind auf drei Standorte verteilt: Brüssel, Ispra und Luxemburg. Die Adressen finden Sie unter Punkt 12.

4.2. Überhöhte Behandlungskosten

Wenn keine Erstattungshöchstgrenze festgelegt ist und selbst bei einer Erstattung von 100 % kann der Teil der Ausgaben, der die durchschnittlichen Preise im Land, in dem die Leistungen erbracht wurden, erheblich überschreitet, von der Erstattung ausgeschlossen werden. Dieser Teil wird von einem spezialisierten Team nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt im Einzelfall festgelegt.

4.2b Erstattungsfähiger Basiskoeffizient

Bei medizinischen Ausgaben in Ländern außerhalb der EU, die als „teuer in der Medizin“ gelten (insbesondere USA, Norwegen, Schweiz), können die Kosten für den Versicherten trotz Anwendung des erstattungsfähigen Basiskoeffizienten sehr hoch sein (siehe Punkt 6.5).

4.3. Sondererstattung

Der Versicherte kann Anspruch auf eine [Sondererstattung](#) haben (ehemals Artikel 72.3 des Statuts), wenn die ihm entstandenen Kosten, die nicht vom Anwendungsbereich dieses Artikels ausgeschlossen sind (z. B. aufgrund der Anwendung der Übermäßigkeit) und die nicht von einer anderen Versicherung erstattet wurden, innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten die Hälfte seines monatlichen Grundruhegehalts übersteigen.

4.4. Vorschuss auf hohe medizinische Ausgaben

Ein Vorschuss ist nur für Versicherte mit primärer Deckung möglich. Er wird ausnahmsweise gewährt und ist in der Regel an die Höhe der Pension des Versicherten gebunden. Die Art der medizinischen Ausgaben, die potenziell durch den Vorschuss gedeckt werden können, ist im entsprechenden [Formular](#) aufgeführt.

Eine Schätzung der Behandlungskosten und des voraussichtlichen Datums ist erforderlich. Der Versicherte muss die Rechnungen begleichen und die Erstattung beantragen; das GKFS wird den geschuldeten Vorschussbetrag dann von den folgenden

Erstattungen abziehen. Für Vorschüsse im Falle eines Krankenhausaufenthalts siehe Punkt 6.4.

4.5. Vorrangige Erstattung bei hohen Ausgaben

Aus Dringlichkeitsgründen kann eine vorrangige Erstattung gewährt werden, wenn der Versicherte seine Gesundheitskosten persönlich bezahlt hat. Dies wird Versicherten mit primärer GKFS-Deckung gewährt, die medizinische Ausgaben von über 600 Euro getragen haben. Der Antrag auf Erstattung muss spätestens 15 Tage nach Begleichung der Kosten eingereicht werden. Füllen Sie das [Formular](#) aus und fügen Sie es dem Erstattungsantrag bei.

5. Vorherige Genehmigung

5.1. Grundprinzipien

Um erstattet zu werden, müssen einige medizinische Leistungen vorab genehmigt werden (VG). Um die Erstattung (medizinische oder zahnmedizinische VG) zu ermöglichen oder um den Erstattungssatz im Falle einer schweren Krankheit anzupassen (siehe Punkt 7), muss der Antrag auf vorherige Genehmigung (oder dessen Verlängerung) vor Beginn einer Behandlung oder eines Eingriffs gestellt werden. In dringenden Fällen können die notwendigen Behandlungen vor der Genehmigung der Erstattung begonnen werden.

Das VG-Formular muss von einer detaillierten ärztlichen Verschreibung und einem vollständigen ärztlichen Bericht, der die Behandlung rechtfertigt, begleitet sein. Der Vertrauensarzt oder Vertrauenszahnarzt der Abrechnungsstelle (Brüssel, Luxemburg, Ispra) prüft die Unterlagen und gibt seine Stellungnahme zur Notwendigkeit der geplanten Behandlung ab.

5.2. In welchen Fällen ist eine vorherige Genehmigung erforderlich?

Dieses [Formular](#) beschreibt die Leistungen, die einer VG unterliegen.

5.3. Wie das Formular korrekt ausgefüllt wird

- Es ist wichtig anzugeben, für wen die VG beantragt wird: Hauptversicherter, Ehepartner oder anerkannter Partner, Kind, Person, die einem unterhaltsberechtigten Kind gleichgestellt ist.
- Überprüfen Sie, ob die Verschreibung und der ärztliche Bericht vollständig und leserlich sind (z. B. zu behandelndes medizinisches Problem, Anzahl der Sitzungen, Art der Behandlung, Dauer, Datum). Wenn der ärztliche Bericht in einer anderen Sprache als Französisch oder Englisch verfasst ist, wird empfohlen, eine freie Übersetzung beizufügen, um die Bearbeitung der Unterlagen zu beschleunigen.
- Sobald alle Dokumente vollständig sind, senden Sie sie an die zuständige Abrechnungsstelle.
- Übermittlung der Dokumente: entweder in Papierform oder online, aber nicht auf beiden Wegen.

5.4. Vorherige Genehmigung und nationales Gesundheitssystem

- Für den Begünstigten mit ergänzender Deckung muss nachgewiesen werden, dass das öffentliche nationale System, dem er angehört, Mängel aufweist (Wartezeiten, fehlende Ausrüstung zur Durchführung der Diagnose usw.). In diesem Fall muss die VG vor Beginn der Behandlung beantragt werden.
- Für einen Begünstigten mit primärer Deckung oder ein Kind mit ergänzender Deckung besteht diese Verpflichtung nicht.

5.5. Vorherige Genehmigung für die Erstattung zahnärztlicher Ausgaben

Eine zahnärztliche VG ist erforderlich, wenn der Eingriff keine prophylaktische Behandlung ist (siehe Punkt 3.6). Die Fälle sind wie folgt:

- Zahnprothesen (Krone, Brücke, Inlay, Vollprothese ...). Die Erstattung der Kronen unterliegt einer [Obergrenze](#).
- Implantate: Die Erstattung ist auf 4 Implantate pro Kiefer, also maximal 8 Implantate pro Begünstigten für das gesamte Leben beschränkt.
- Parodontologie (Behandlung des Zahnfleisches bei Erwachsenen).
- Okklusionsorthopädie (Beißschiene).
- Kieferorthopädie (Zahnsperre für Kinder).

Für Anträge in Papierform müssen folgende Dokumente dem VG-Formular beigelegt werden: der Kostenvoranschlagsteil des Formulars, Röntgenaufnahmen und der detaillierte Behandlungsplan. Diese Dokumente müssen in einem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „ärztliche Schweigepflicht“ an die zuständige Abrechnungsstelle geschickt werden.

Achtung: Für die Erstattung muss eine detaillierte offizielle Rechnung des Zahnarztes an den „Honorarteil“ des entsprechenden [Formulars](#) beigelegt werden.

5.6. Vorherige Genehmigung für die Erstattung von Arzneimitteln

Die Erstattung einiger [Medikamente](#) erfordert ebenfalls eine VG auf Vorlage eines ärztlichen Berichts:

- Wenn Sie Zugriff auf JSIS online² haben, klicken Sie auf der Startseite auf die Registerkarte „Suche“ und dann auf „Liste der Arzneimittel“, um zu überprüfen, ob das Medikament erstattungsfähig ist und ob es einer VG unterliegt oder nicht.

5.7. Vorherige Genehmigung für die Erstattung von Transportkosten

Dies hängt davon ab, ob der Transport dringend ist oder nicht.

- **Dringender Transport:** Keine VG erforderlich, es reicht, die Dringlichkeit zu begründen. Die Rückfahrt erfordert eine VG.
- **Nicht dringender Transport:** Dem VG-Antrag muss eine ärztliche Bescheinigung beigelegt werden, die den medizinischen Grund, die Anzahl der Fahrten, die zurückgelegte Strecke und das erforderliche Transportmittel angibt. Es ist möglich, eine VG für eine Reihe von Fahrten zu beantragen. In diesem Fall

² Über einen sicheren Zugang namens EU Login zugänglich. Ihre Daten werden durch eine 2-Faktor-Authentifizierung geschützt, um zusätzliche Sicherheit zu gewährleisten.

müssen Sie der ärztlichen Verordnung die Entfernung und die Anzahl der Fahrten beifügen (z. B. wegen Physiotherapie oder Chemotherapiesitzungen).

Die Erstattung ist nur in bestimmten Fällen vorgesehen:

- Vom nächstgelegenen Krankenhaus zum Wohnsitz;
- Hin- und Rückfahrt für Bestrahlungs- oder Chemotherapiesitzungen;
- Verlegung von einem Krankenhaus, das nicht über die erforderliche Ausrüstung verfügt, zum nächstgelegenen Krankenhaus, das diese besitzt.

Nicht erstattungsfähig sind:

- Rückführungskosten im Krankheits- oder Unfallfall;
- Transportkosten für eine Kur- oder Rehabilitationsbehandlung;
- Transportkosten für die Konsultation eines Allgemeinarztes;
- Transportkosten im privaten Fahrzeug innerhalb des städtischen Gebiets, außer bei schweren, sich wiederholenden Behandlungen.

5.8. Vorherige Genehmigung für die Erstattung einer Kurbehandlung

- Der Aufenthalt in einem Kurzentrum dauert 10-21 Tage.
- Eine Kur muss mindestens zwei geeignete Behandlungen pro Tag umfassen und darf nicht unterbrochen werden.
- Die Genehmigung für Kuren ist auf eine pro Jahr begrenzt, mit maximal 8 im Laufe des Lebens des Begünstigten für jede der in den ADB genannten Krankheiten. Eine Kur pro Jahr ist jedoch möglich, wenn sie im Rahmen der Behandlung einer anerkannten schweren Krankheit oder im Fall einer schweren Psoriasis, die nicht auf klassische Behandlungen anspricht, durchgeführt wird.
- Mindestens 6 Wochen vor der Kur reichen Sie das VG-Formular ein zusammen mit der Verordnung des behandelnden Arztes, der nicht zum Kurzentrum gehört, und einem detaillierten ärztlichen Bericht, der nicht älter als 3 Monate ist. In diesem Bericht werden die Vorgeschichte des Patienten, die Dauer der Kur, die Art der zu befolgenden Behandlungen und die Art des zugelassenen Kurzentrums, das für die betreffende Erkrankung in Frage kommt.
- Der ärztliche Bericht enthält außerdem Einzelheiten zu den Behandlungen, die im Laufe des Jahres für die Erkrankung durchgeführt wurden, die die Kur erfordert.

5.9. Der Erstattungsantrag

Der [Erstattungsantrag](#) wird erst gestellt, nachdem der Antragsteller über die Genehmigung der Erstattung der beantragten Behandlung informiert wurde. Diese Mitteilung enthält folgende Angaben:

- ✓ die Referenznummer der Genehmigung;
- ✓ die Anzahl der gegebenenfalls gewährten erstattungsfähigen Leistungen;
- ✓ etwaige Anmerkungen des Vertrauensarztes;
- ✓ die Gültigkeitsdauer der Genehmigung.

Achtung: Die Gültigkeitsdauer ist wichtig, da die Behandlung innerhalb des strikten Rahmens dieser Frist durchgeführt werden muss, und sie ist Voraussetzung für einen etwaigen Antrag auf Verlängerung.

6. Krankenhausaufenthalt

Krankenhausaufenthaltskosten werden vom GKFS in der Regel zu 80-85 % erstattet. Krankenhausleistungen unterliegen [Höchstgrenzen](#). Es wurden [Vereinbarungen](#) mit Kliniken und Krankenhäusern in Belgien, Deutschland und Luxemburg getroffen, um die Höchst Honorare für Ärzte sowie die Aufenthaltskosten in diesen Einrichtungen festzulegen.

Achtung: Es ist zu beachten, dass der Betrag, der den Versicherten verbleibt, hoch sein kann (über die üblichen 15 % hinaus). Daher wird dringend empfohlen, sich im Voraus über die anfallenden Kosten vor dem Eingriff oder den vorgesehenen Behandlungen zu informieren. Es wird empfohlen, eine Kostenschätzung von den Leistungserbringern oder dem Krankenhaus anzufordern (siehe Punkt 6.3). Die Vorlage dieses Kostenvoranschlags ist gesetzlich vorgeschrieben.

Es ist hilfreich, den vom Arzt oder Chirurgen erstellten Krankenhausbericht mitzuschicken, um die Bearbeitung des Erstattungsantrags für die mit dem Krankenhausaufenthalt verbundenen Kosten zu erleichtern.

Für weitere Einzelheiten klicken Sie hier ([Französisch](#) oder [Englisch](#)).

Sonderfall: Rekonvaleszenz und Rehabilitation

Eine Rekonvaleszenzaufenthalt ist ein Zeitraum der Genesung in einem Pflege- und Rehabilitationszentrum oder einem Genesungsheim, in dem der Patient seine Genesung fortsetzt und nach einem Krankenhausaufenthalt allmählich seine Selbstständigkeit wiedererlangt. Diese Art von Krankenhausaufenthalt unterscheidet sich von einem Krankenhausaufenthalt zur Revalidierung oder funktionellen Rehabilitation. Ein Krankenhausaufenthalt zur Revalidierung ist ein intensiveres Programm mit klar definierten Genesungs- und Therapiezielen. Ein Rekonvaleszenzaufenthalt hingegen konzentriert sich auf die allgemeine Genesung, wobei der Schwerpunkt auf Ruhe und der allmählichen Wiederaufnahme der Aktivitäten des täglichen Lebens liegt. Die GKFS deckt die Kosten für Genesungskuren und postoperative Kuren, wenn sie innerhalb von drei Monaten nach dem chirurgischen Eingriff oder der Krankheit, für die sie verschrieben wurden, beginnen.

Für weitere Einzelheiten klicken Sie hier ([Französisch](#) oder [Englisch](#)).

6.1. Kostenübernahme bei hohen Behandlungskosten

Wenn der Versicherte hohe Kosten zu tragen hat, kann eine Kostenübernahme beantragt werden, die ihm ermöglicht, die Ausgaben nicht vorstrecken zu müssen.

Dies ist jedoch kein Recht, sondern eine vom GKFS den Versicherten und Begünstigten angebotene Möglichkeit.

- **In dringenden Fällen:** In diesem Fall wird vom GKFS innerhalb der Europäischen Union immer eine Kostenübernahme gewährt, auch nachträglich.
- **Notfall = Aufnahme (Krankenhausaufenthalt) über die Notaufnahme des Krankenhauses.**

6.2. Welche Kriterien gelten für die Anspruchsberechtigung?

Die Kostenübernahme kann nach folgenden Kriterien gewährt werden:

- Bei Krankenhausaufenthalten, auch für nur einen Tag, wenn dieser umfasst:
 - Behandlung medizinischer Erkrankungen oder chirurgischer Eingriffe;
 - Rehabilitation oder funktionelle Wiedereingliederung nach einer medizinischen Erkrankung oder einem invalidisierenden chirurgischen Eingriff;
 - Behandlung psychiatrischer Störungen;
 - Palliativpflege;
 - Bei schwerwiegenden ambulanten Behandlungen im Rahmen einer schweren Krankheit (vorangegangene Chemotherapie);

✓ bei wiederholtem Kauf teurer Medikamente, bei wiederholter Inanspruchnahme eines Krankenwagens oder eines leichten Sanitätsfahrzeugs oder bei teuren Untersuchungen, wenn die Kosten 20% der Grundpension des Versicherten übersteigen.

6.3. Wie man das Formular korrekt ausfüllt

Lesen Sie das Formular sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen präzise.

Achtung: Fügen Sie bei Einrichtungen (Krankenhäuser, Kliniken, Rehabilitationszentren), mit denen keine Vereinbarung getroffen wurde, sowie bei teuren Untersuchungen unbedingt eine Kostenschätzung bei, damit das GKFS feststellen kann, ob diese Kosten 20 % der Pension des Versicherten übersteigen.

Die Honorare des Chirurgen und des Anästhesisten sind getrennt von den Kosten des Eingriffs anzugeben. Der Patient wird im Voraus vom Kostenübernahmedienst benachrichtigt, wenn ein Betrag von mehr als 15 % zu seinen Lasten geht, sodass er gegebenenfalls mit der Gesundheitseinrichtung verhandeln oder diese wechseln kann.

6.4. Wenn die Kostenübernahme nicht möglich ist: der Vorschuss

In einigen Mitgliedstaaten akzeptieren einige Krankenhäuser und Kliniken die Kostenübernahme durch die Kommission nicht. In solchen Fällen kann ein Vorschuss gewährt werden (siehe Punkt 4.4). Senden Sie der Kostenübernahmestelle das [Antragsformular](#) für den Vorschuss bei hohen medizinischen Ausgaben zusammen mit einer Kostenschätzung. Diese Stelle wird Ihnen ein Finanzformular zusenden, das zur Gutschrift auf das Konto des Versicherten auszufüllen ist. Es gibt auch die Möglichkeit, einen Antrag auf vorrangige Behandlung eines Antrags auf Erstattung von Krankheitskosten (Siehe Abschnitt 4.5).

6.5. Kostenübernahme in EU-Ländern mit teuren Gesundheitssystemen

Eine zunehmende Zahl von Krankenhäusern im Vereinigten Königreich oder in Portugal erhebt sehr hohe Kosten. Das GKFS bietet zwei Alternativen:

- Der Versicherte bezahlt die Rechnungen und beantragt sofort die Erstattung unter Nutzung der Möglichkeit der [vorrangigen Erstattung bei hohen Ausgaben](#) (siehe Punkt 4.5).
- Der Versicherte beantragt einen [Vorschuss](#) und zahlt anschließend die Rechnungen (siehe Punkt 4.4).

6.6. Krankenhausaufenthalt außerhalb der EU

Im Falle eines Krankenhausaufenthalts außerhalb der Europäischen Union (insbesondere in den USA, der Schweiz, Norwegen) ist das Verfahren recht langwierig und komplex, insbesondere in Bezug auf die Fallbearbeitung und die Finanzprüfung. Aus diesem Grund gewährt das GKFS in der Regel keine Kostenübernahme, außer in außergewöhnlichen Fällen, insbesondere bei einer Notaufnahme. Der Versicherte hat die gleiche Wahl wie bei teuren Gesundheitssystemen innerhalb der EU (siehe Punkt 6.5). Es wird dringend empfohlen, im Falle einer Reise in diese Länder eine Zusatzversicherung abzuschließen, die unter anderem Transport- und Rückführungskosten abdeckt, die nicht vom GKFS übernommen werden.

7. Zusätzliche Versicherungen von CIGNA

7.1. Allgemeines

Die AIACE hat über den belgischen Versicherungsmakler CIGNA einen Rahmenvertrag für eine Unfallversicherung abgeschlossen, die der Versicherung ähnelt, die Aktiven nach dem Statut garantiert wird, sowie für eine Zusatzversicherung für Krankenhausaufenthalte.

7.2. Unfallversicherung

Diese Versicherung bietet weltweiten Schutz und kann bis zum Tag vor dem 80. Geburtstag abgeschlossen werden. Sie deckt zusätzlich zur GKFS-Erstattung 100 % der medizinischen Kosten ab, unabhängig von den für das GKFS geltenden Höchstgrenzen. Der CIGNA- Vertrauensarzt kann jedoch die Erstattung bestimmter als nicht notwendig oder übermäßig erachteter Kosten reduzieren oder verweigern. Diese Versicherung sieht auch die Zahlung einer Kapitalleistung im Falle von Tod oder Invalidität infolge eines Unfalls vor. Die Prämie für diese Versicherung wird jeden Monat von der Kommission vom Pensionsbetrag abgezogen. Die Prämie wird als Prozentsatz der Pension festgesetzt und ist daher an die Höhe der Pension gebunden.

Senden Sie die [Unfallmeldung](#) und das vom Arzt ausgefüllte ärztliche Attest spätestens 15 Tage nach dem Unfall an:

CIGNA Eurprivilèges

PO Box 69

2140 Antwerpen - Belgien

oder per E-Mail an: benefits@cigna.com

Achtung: Da die Gefahr besteht, dass Ihre Post verloren geht, empfehlen wir eingeschriebene Sendungen, wenn Sie sich für den Postversand entscheiden.

Es gibt ein [Dokument](#), das den Kontext dieser Versicherung, ihre Merkmale und ihre verschiedenen Optionen beschreibt. Zur Beantragung einer Erstattung der angefallenen Kosten senden Sie die GKFS-Abrechnung und eine Kopie der Rechnungen an die oben angegebene Postanschrift (Einschreiben empfohlen) oder an benefits@cigna.com.

7.3. Krankenhauszusatzversicherung

Die AIACE hat mit demselben Makler CIGNA einen Vertrag abgeschlossen, der die medizinischen Kosten im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einem Eingriff abdeckt, die nach der GKFS-Erstattung verbleiben. Der Abschluss ist bis zum Tag vor dem 69. Geburtstag möglich. Der jährliche Prämienbetrag ist fest, unterliegt jedoch einer jährlichen Indexierung. Eine mögliche Anpassung dieser Prämie kann in Absprache mit der AIACE erfolgen.

Ab dem 1. Januar 2026 können auch Kinder diese Versicherung zu einer reduzierten Prämie in Anspruch nehmen. Siehe [die Seite des Internetauftrittes zum Thema Versicherungen](#).

Zur Beantragung einer Erstattung der angefallenen Kosten senden Sie die GKFS-Abrechnung und eine Kopie der Rechnungen an dieselbe Postanschrift wie bei der Unfallversicherung oder an: claims082@eurprivileges.com

Es gibt ein [Dokument](#), in dem die verschiedenen Optionen dieser Versicherung beschrieben werden.

7.4. Kontakt zu CIGNA

CIGNA organisiert nach Vereinbarung persönliche Treffen in den Büros der AIACE in Brüssel oder per Videokonferenz. Kontaktaufnahme per:

- **E-Mail:** info@eurprivileges.com
- **Telefon:** +32 3 217 65 76

7.5. Gruppe „Versicherungen“

Die AIACE verfügt über eine Gruppe „Versicherungen“, die die Funktionsweise dieser Policen, einschließlich der Prämien, überwacht. Diese Gruppe berät auch in Versicherungsfragen und unterstützt die Mitglieder bei etwaigen Problemen mit CIGNA. Bei Fragen ist diese Gruppe unter folgender Adresse erreichbar:

- **E-Mail:** aiace.assurances@gmail.com

8. Früherkennungsuntersuchungen

8.1. Allgemeines

Die Kommission bietet den Pensionären alle zwei Jahre [Programme zur Früherkennungsuntersuchung](#)³ an, deren Inhalte auf den besten wissenschaftlich

³ Programme, Zentren und Dokumente sind über einen sicheren Zugang namens EU Login zugänglich. Ihre Daten werden durch eine 2-Faktor-Authentifizierung geschützt, um zusätzliche Sicherheit zu gewährleisten.

anerkannten und von den offiziellen medizinischen Behörden der Institutionen (Ärztlicher Rat des GKFS) genehmigten Praktiken basieren.

- Inhalt und Häufigkeit des Programms hängen vom Alter und Geschlecht des Begünstigten ab.
- Die Früherkennungsuntersuchung kann in einem „zugelassenen“ Zentrum durchgeführt werden, mit dem das PMO einen Vertrag abgeschlossen hat, oder in einem Zentrum eigener Wahl.
- Die im Programm vorgesehenen Untersuchungen werden in zugelassenen Zentren, die direkt mit der Kommission abrechnen (direkte Abrechnung), zu 100 % erstattet oder bis zur anwendbaren Obergrenze in anderen Zentren.

8.2. An wen richten sich die Früherkennungsprogramme?

Die Früherkennungsuntersuchung richtet sich an alle Personen über 18 Jahre, die durch das GKFS primär oder ergänzend abgesichert sind. Ehepartner mit primärer Deckung haben die gleichen Rechte. Bei Ehepartnern mit ergänzender Deckung gilt das Recht auf direkte Abrechnung (Rechnung wird direkt vom „zugelassenen“ Zentrum an die Kommission gesendet) durch das GKFS in einem akkreditierten Zentrum jedoch nur für Personen, die in Ländern wohnen, in denen das nationale Gesundheitssystem die Kosten der Früherkennungsuntersuchung nicht abdeckt: Dänemark, Finnland, Italien, Spanien, Portugal, Griechenland, Irland, Schweden und Slowakei. In den anderen EU-Ländern kann ein Ehepartner mit ergänzender Deckung keine direkte Rechnungsstellung in Anspruch nehmen, sondern muss die Rechnungen bezahlen und dann die Erstattung durch das nationale Sozialversicherungssystem beantragen, bevor er eine Erstattung durch das GKFS erhält.

8.3. Wie wird das Früherkennungsprogramm organisiert?

Es gibt **zwei Arten von Früherkennungsuntersuchungen** für Pensionäre:

- Für Frauen ab 60 Jahren: Programm 3 alle zwei Jahre.
- Für Männer ab 60 Jahren: Programm 6 alle zwei Jahre.

8.4. Mögliche Optionen

- Das Programm kann in einem „zugelassenen“ Zentrum (mit dem das PMO eine Vereinbarung getroffen hat) durchgeführt werden, was die einfachste und kostengünstigste Lösung ist, da in diesem Fall die direkte Abrechnung genutzt werden kann.
- Oder bei einem nicht aufgelisteten Arzt oder Zentrum, wenn der Versicherte das so möchte oder weil in seinem Wohnsitzland kein „zugelassenes“ Zentrum zur Verfügung steht (freie Arztwahl). In diesem Fall sind die Untersuchungen zu bezahlen. Anschließend können Sie die Erstattung beantragen.

8.5. Das Verfahren

Im Vorfeld der Untersuchungen [fordern Sie bitte eine Einladung](#) über JSIS online⁴ an, indem Sie ein Ticket über [Staff Contact](#) erstellen oder die +32 2 291 11 11 anrufen (Montag bis Freitag von 9:30 bis 12:30, Auswahl 1, dann 4) oder per Post an:

⁴ Zugriff nur über einen sicheren Zugang namens EU Login Ihre Daten werden durch eine 2-Faktor-Authentifizierung geschützt, um zusätzliche Sicherheit zu gewährleisten.

Die bestätigte Einladung umfasst mehrere Dokumente:

- Einladungsschreiben: „mit direkter Abrechnung“, wenn Sie sich für ein „zugelassenes“ Zentrum entschieden haben, oder „ohne direkte Abrechnung“, wenn Sie sich für ein „nicht zugelassenes“ Zentrum entschieden haben.
- Eine Erläuterung für den Arzt.
- Die detaillierte Beschreibung des Programms, das während des Erstgesprächs vom Arzt ausgefüllt und unterschrieben werden muss (siehe unten).
- Eine Erklärung zu Ihrer Teilnahme am Früherkennungsprogramm, die Sie unterschreiben und datieren müssen.

Das Einladungsschreiben ist maximal 18 Monate gültig und gibt an, ob es sich um eine direkte Abrechnung handelt oder nicht.

Achtung: Das Datum der letzten Untersuchung bestimmt den zeitlichen Abstand zum nächsten Programm.

8.6. Phasen des Programms

- Vereinbaren Sie einen Termin im zugelassenen Zentrum und geben Sie an, dass es sich um ein Früherkennungsprogramm handelt, und welches. Oder vereinbaren Sie einen Termin bei Ihrem Arzt, wenn Sie sich für ein nicht zugelassenes Zentrum Ihrer Wahl entschieden haben.
- Der Arzt im Zentrum oder Ihr Hausarzt (je nach Art der Einladung) wird die empfohlenen Untersuchungen aus den „Standarduntersuchungen“ des Programms verordnen. Wenn der Arzt Untersuchungen vorschlägt, die nicht im Programm vorgesehen sind, oder für die Sie die Alters- oder Häufigkeitsvoraussetzungen nicht erfüllen, ist eine vorherige Genehmigung einzuholen (siehe Punkt 5).
- Lassen Sie Ihre Untersuchungen in einem „zugelassenen“ Zentrum oder bei Ihrem Arzt (Hausarzt oder Arzt des Zentrums Ihrer Wahl) durchführen.
- Im Falle einer freien Einladung: Vereinbaren Sie ein Abschlussgespräch bei demselben Arzt, der das Erstgespräch durchgeführt hat. Diese Konsultation kann durch einen ärztlichen Bericht ersetzt werden, wenn es sich um eine Einladung in ein nicht „zugelassenes“ Zentrum handelt.

8.7. Erstattungsregeln

- Die Erstattung erfolgt zu 100 % innerhalb der festgelegten Höchstgrenzen. **Achtung jedoch bei überhöhten Kosten.**
- Bei einem Einladungsschreiben mit direkter Abrechnung und Untersuchungen in einem „zugelassenen“ Zentrum: Sie müssen nichts zahlen; alle Kosten werden mit dem GKFS abgerechnet. Sie bezahlen jedoch die Erst- und Abschlussgespräche bei einem Arzt Ihrer Wahl und beantragen die Erstattung beim GKFS.
- Bei einem Einladungsschreiben ohne direkte Abrechnung in einem „nicht zugelassenen“ Zentrum: Sie tragen alle Kosten und beantragen dann die Erstattung beim GKFS.

- Bei „zusätzlichen“ Untersuchungen (siehe oben) bezahlen Sie die Untersuchungen. Wenn die vorherige Genehmigung erteilt wird, beantragen Sie die Erstattung; wenn nicht, stellen Sie einen normalen Erstattungsantrag.

Achtung: Wenn Untersuchungen, die nicht im Programm vorgesehen sind, oder bei denen die Alters- oder Intervallbedingungen (z.B. Mammographie ab 50 oder Koloskopie einmal alle 10 Jahre) nicht erfüllt sind, vom Arzt verschrieben werden, können sie mit oder ohne vorherige Genehmigung in das Programm aufgenommen werden. Hierfür ist das übliche Verfahren für die Beantragung einer VG zu befolgen (siehe Punkt 5) – und zwar unter Beifügung einer Kopie des vom Arzt ausgefüllten Programms sowie einer medizinischen Begründung seitens des Arztes. Diese zusätzlichen Leistungen sind zu bezahlen und können zu 100 % erstattet werden, wenn die VG gewährt wird – oder sind Gegenstand einer Standarderstattung, wenn die VG abgelehnt wird.

Achtung: Es gibt ein spezielles Erstattungsformular „[Depistage – uniquement demande de remboursement de frais](#)“ „[Health screening – only claim for reimbursement](#)“ (nicht auf Deutsch vorliegend). Jeweils ein Antrag pro Programm.

Folgende Unterlagen sind einem solchen Erstattungsantrag unbedingt beizufügen:

- die Behandlungsbescheinigungen des Arztes;
- Rechnungen für die Untersuchungen;
- etwaige vorherige Genehmigungen;
- Bescheinigungen über die im Rahmen der nationalen Abdeckung erhaltenen Beträge, falls GKFS als Zusatzversicherung gilt.

9. Anerkennung einer schweren Krankheit

9.1. Anerkennungskriterien

Eine Anerkennung als schwere Krankheit kann auf Empfehlung des GKFS-Vertrauensarztes beantragt werden, wenn die Krankheit die folgenden vier Kriterien erfüllt:

- Ungünstige lebensbedrohliche Prognose;
- Chronischer Verlauf;
- Erforderlichkeit schwerwiegender diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen;
- Vorhandensein oder Gefahr einer schweren Behinderung.

Dem [Antragsformular](#) ist ein ärztlicher Bericht beizufügen, der Folgendes umfasst:

- Datum und genaue Diagnose;
- Entwicklungsstadium der Krankheit;
- mögliche Komplikationen;
- erforderliche Behandlung.

Diese beiden Dokumente sind in einem verschlossenen Umschlag an den Vertrauensarzt der zuständigen Betreuungsstelle zu senden.

9.2. Gültigkeitsdauer der Anerkennung

Die Gültigkeit ist auf 5 Jahre begrenzt. Vor dem Ablaufdatum kann eine Verlängerung beantragt werden, wobei ein ärztlicher Bericht vorzulegen ist, der Folgendes anspricht:

- den Krankheitsverlauf;
- die weiterhin erforderliche Behandlung und/oder Kontrolle.

Sollte sich die Situation ändern, kann die Entscheidung auf einen neuen Antrag hin überprüft werden. Bei einer Abschwächung der Symptome ist zu beachten, dass auch Nachuntersuchungen unter Verwendung des Formulars „schwere Krankheit“ erstattet werden können.

9.3. Als schwer eingestufte Krankheiten

Gemäß Statut gelten Krankheiten wie Tuberkulose, Poliomyelitis, Krebs, psychische Erkrankungen und andere anerkannte Krankheiten von vergleichbarer Schwere als schwerwiegend. Andere Erkrankungen (wie altersbedingte Makuladegeneration, AMD) können unter bestimmten Bedingungen als schwer anerkannt werden, insbesondere unter Berücksichtigung der medizinischen Folgen der Krankheit, die im ärztlichen Bericht klar dargestellt werden müssen.

9.4. Erstattung

Der Erstattungssatz für die im Falle einer anerkannten schweren Krankheit entstandenen Kosten – und nur für diese – beträgt 100 % ohne Obergrenze, außer in bestimmten Fällen, die in den Allgemeinen Durchführungsbestimmungen (DGE) festgelegt sind, wie z. B. Krankenpflege oder zahnärztliche Kosten. Die Erstattung dieser Kosten kann jedoch beschränkt werden, wenn die angewandten Preise überhöht sind (siehe Punkt 4.2). Bitte geben Sie auf dem Erstattungsformular unbedingt das Aktenzeichen (Referenznummer) der Anerkennungsentscheidung an.

10. Pflegebedürftigkeit

Pflegeheime und Pflegedienste zu Hause

10.1. Anerkennung der Pflegebedürftigkeit: einzureichende Unterlagen

- Bewertung der funktionalen Autonomie (körperliche Aspekte);
- Bewertung der zeitlichen und räumlichen Orientierung (kognitive Aspekte);
- Erklärung über zusätzliche finanzielle Unterstützung, aus der hervorgeht, ob eine andere Versicherung besteht;
- Ärztlicher Bericht oder Attest, aus dem die Gründe für die Unterbringung in einem Pflegeheim oder die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes zu Hause dargelegt werden.

Ein [Formular zur Bewertung der Selbständigkeit](#) und eine [Erklärung über mögliche finanzielle Unterstützung](#) sowie ein Bericht sind auszufüllen bzw. vom behandelnden Arzt zu erstellen. Ein [Antrag auf vorherige Genehmigung](#) (VG) ist ebenfalls zu stellen (siehe Punkt 5). Dieses Formular ist sowohl für einen Aufenthalt in einem Pflegeheim als auch für häusliche Pflegedienste identisch. Für nicht dringliche Beförderungskosten, z. B. vom Pflegeheim zum Wohnsitz, ist das gleiche Formular auszufüllen.

Für Pflegeheime sind zusätzliche Unterlagen einzureichen: ein detaillierter Pflegeplan und eine Pro-forma-Rechnung. Sämtliche Unterlagen sind dem GKFS-Vertrauensarzt zu übermitteln, der den Grad der Pflegebedürftigkeit des Mitglieds feststellt.

Die [Übernahme der Kosten für die Pflege in einem Pflegeheim kann beantragt](#), aber erst gewährt werden, wenn die Informationen über das Pflegeheim und die Dauer des Aufenthalts vorliegen.

10.2. Alten- und Pflegeheime

Die Behandlungskosten werden zu 85 % bzw. zu 100 % erstattet, wenn sie mit einer schweren Krankheit zusammenhängen (immer auf überhöhte Kosten achten). Für die Kosten eines stationären Aufenthalts gilt ein Höchstbetrag von 36 Euro pro Tag (in Belgien). Für die Kosten eines nicht stationären Aufenthalts (Tageszentrum) gilt ein Höchstbetrag von 18 Euro pro Tag (in Belgien).

Achtung: Erklären Sie diesen Einrichtungen, dass die EU-Pensionäre nicht im nationalen Sozialsystem registriert sind und daher in der Regel nicht von der nationalen oder lokalen Unterstützung profitieren können. Unter diesen Bedingungen sollten die Rechnungen vorzugsweise in zwei Teile aufgeteilt werden: einen für die Aufenthaltskosten (x Tage zu y Euro, zum Beispiel) und einen anderen für die kollektiven Pflegekosten. Andere Kosten wie Arztbesuche, Analysen, Medikamente oder Krankentransporte werden in den normalen Erstattungsanträgen behandelt. Um die Zahlungsfähigkeit von Personen, die in ein Pflegeheim aufgenommen werden möchten, zu überprüfen, werden sie sehr oft nach der Höhe ihres Einkommens gefragt. Dies ist einer der wenigen Fälle, in denen der Ruhegehaltsbescheid mit Betrag vorgelegt werden muss.

Bei einer Pauschalrechnung erfolgt diese Kostentrennung nach Pflegestufe:

- Stufe 1 (höchste): 70 % Pflege - 30 % Aufenthalt;
- Stufe 2: 60 % Pflege - 40 % Aufenthalt;
- Stufe 3: 50 % Pflege - 50 % Aufenthalt;
- Stufe 4: 30 % Pflege - 70 % Aufenthalt;
- Stufe 5: kein Anspruch auf Erstattung.

10.3. Häusliche Pflege

1. Wenn die häusliche Pflege durch eine offizielle Organisation (z. B. Rotes Kreuz) oder eine inoffizielle Organisation (Genossenschaft/Gesellschaft/privater Dienst) erfolgt, sind folgende Dokumente beizufügen:

- Eine Kopie der Satzung, die bestätigt, dass die Organisation zur Erbringung von häuslichen Pflegeleistungen anerkannt ist;
- Eine Kopie des zwischen diesem Dienst und dem Versicherten unterzeichneten Vertrags;
- Ein ordnungsgemäßer Vertrag zwischen der Organisation und der/den Pflegekraft/Pflegekräften, die die häuslichen Pflegedienste gemäß den nationalen Gesetzen des Landes erbringen, in dem die Leistungen erbracht werden.

Der Vertrag muss Folgendes beinhalten:

- Art der zu erbringenden häuslichen Pflegeleistungen (ohne Haushaltsaufgaben);

- Anzahl der zu leistenden Stunden;
 - Name der Pflegekraft;
 - Anwendbarer Stundensatz.
2. **Wenn die Pflegekraft in einem offiziellen freiberuflichen Kontext arbeitet, sind folgende Dokumente beizufügen:**
- Der Nachweis, dass die Pflegekraft offiziell zur Erbringung von häuslichen Pflegediensten anerkannt ist, sofern dies durch das nationale Recht vorgeschrieben ist, und/oder eine Kopie der Registrierung der selbständigen Tätigkeit als Pflegekraft bei den zuständigen nationalen Stellen;
 - Eine Kopie des zwischen der Pflegekraft und dem Versicherten unterzeichneten Vertrags gemäß den nationalen Gesetzen des Landes, in dem die häuslichen Pflegedienste erbracht werden.
 - Der Vertrag muss dieselben Elemente wie unter Punkt 1 enthalten.
3. **Wenn die Pflegekraft vom Versicherten angestellt ist, sind folgende Dokumente beizufügen:**
- Ein ordnungsgemäßer Arbeitsvertrag und/oder eine spezifische Versicherungspolice für die Anstellung als Pflegekraft (gemäß den Bestimmungen des nationalen Rechts des Landes, in dem die häuslichen Pflegedienste erbracht werden). Der Vertrag muss klarstellen, dass es sich um häusliche Pflegedienste und nicht um Haushaltsaufgaben handelt;
 - Eine ärztliche Verschreibung des behandelnden Arztes des Versicherten, die den Namen der Pflegekraft angibt und bescheinigt, dass diese über die erforderlichen Qualifikationen verfügt und die Leistungen erbringen kann;
 - Eine Kopie des Ausweisdokuments der Pflegekraft;
 - Eine Kopie der Aufenthaltsgenehmigung (bei Nicht-EU-Bürgern);
 - Ein Nachweis der Registrierung bei der Sozialversicherung gemäß den nationalen Gesetzen des Landes, in dem die häuslichen Pflegedienste erbracht werden (Sozialversicherungsbeiträge im Zusammenhang mit Arbeitsverträgen und/oder Versicherungsprämien, die in den Kosten der häuslichen Pflege enthalten sind, sind in diesem Rahmen auf Grundlage des Nachweises der Beitragszahlung erstattungsfähig);
 - Anwendbarer Stundensatz.

Zur Erstattung der häuslichen Pflegedienste ist ein Antrag einzureichen: Dieser Antrag muss datiert und unterschrieben sein und darf nur die Rechnungsbeträge für im Vormonat erbrachte häusliche Pflegedienste umfassen (niemals für zwei Wochen oder mehrere Monate). Dem Antrag ist Folgendes beizufügen:

- **Für die unter Punkt 1 und 2 genannten Fälle:** Die Rechnung (konform mit der Gesetzgebung des Landes, in dem die Leistungen erbracht werden), die Folgendes enthält:
 - Rechnungsnummer;
 - Unternehmensnummer/Umsatzsteuer-Identifikationsnummer;
 - Rechnungsdatum;
 - Name des Versicherten;
 - Name der Pflegekraft;
 - Genaue Beschreibung der „häuslichen Pflegedienste“;
 - Anzahl der geleisteten Stunden sowie Einzel- und Gesamtpreis.

- **Für die unter Punkt 3 genannten Fälle:** Kopie der monatlichen Gehaltsabrechnung und der gezahlten Sozialversicherungsbeiträge.

Betrifft die Rechnung eine Pflegekraft, deren Name nicht im Vertrag aufgeführt ist, kann die Erstattung nur erfolgen, wenn ein Nachtrag zum Vertrag erstellt und vor der Rechnungsstellung eine neue vorherige Genehmigung (VG) erteilt wurde. Ohne die erforderlichen Dokumente kann die VG nicht erteilt werden; die entsprechenden Leistungen werden nicht erstattet.

Die [Höhe der Erstattung für häusliche Pflegedienste](#) hängt von der Dauer ab (**weniger als 60 Tage oder mehr als 60 Tage**). Es gibt eine Höchstgrenze. Bei häuslichen Pflegeleistungen, die länger als 60 Tage dauern, richtet sich der Höchstbetrag nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Höhe des Ruhegehalts.

Orthopädische Geräte, sonstiges medizinisches Gerät und Haushaltshilfen

Für die Erstattung der mit diesen Geräten und einer Haushaltshilfe verbundenen Kosten gilt ein [Höchstbetrag](#).

10.4. Pflegebett

Voraussetzungen:

- Der Bedarf muss anerkannt – und das Bett von einem Arzt verordnet sein.

Verfahren:

- Fügen Sie der ärztlichen Verschreibung einen Antrag auf vorherige Genehmigung (VG) bei (siehe Punkt 5).

Auszufüllende Formulare:

- Antrag auf VG, nicht erneuerbar für den Kauf.

Erstattungsbedingungen:

- 85 % mit einer Obergrenze für den Kauf. Reparaturen oder die Nutzung in medizinischen Einrichtungen sind nicht erstattungsfähig.
- Miete unter 3 Monaten: ärztliche Verschreibung. Erstattungssatz: 85 %.
- Miete über 3 Monate: ärztliche Verschreibung und Antrag auf VG. Erstattungssatz: 85 %.

10.5. Rollstühle, die aus eigener Kraft bewegt werden

Erforderliche Bedingungen:

Der Bedarf muss anerkannt – und das Gerät von einem Arzt verordnet worden sein.

Vorgehensweise:

Der ärztlichen Verordnung ist ein Antrag auf vorherige Genehmigung (VG) beizufügen (siehe Punkt 5).

Auszufüllende Formulare:

- Antrag auf VG (gültig für 5 Jahre).
- Miete unter 3 Monaten: ärztliche Verordnung. Erstattungssatz 85 %.
- Miete von 3 Monaten oder mehr: ärztliche Verordnung und Antrag auf VG (gültig für 5 Jahre). Erstattungsrate: 85 %.

Erstattungsbedingungen:

Der erstattungsfähige Höchstbetrag ist sowohl für den Kauf als auch für die Anmietung begrenzt. Bei langfristigem Bedarf wird der Kauf bevorzugt. Die Miete kann während der Mietdauer in einen Kauf umgewandelt werden; der erstattbare Betrag bleibt jedoch begrenzt. Wartungskosten, einschließlich Reifen, sind nicht erstattungsfähig. Reparaturkosten sind nach vorheriger Genehmigung erstattungsfähig.

10.6. Inkontinenzmaterial

Eine ärztliche Verordnung sowie ein Antrag auf VG (siehe Punkt 5) sind erforderlich. Dieses Material wird zu 85 % erstattet, wobei ein Höchstbetrag gilt.

10.7. Toilettenstuhl und Duschstuhl (für den häuslichen Gebrauch)

- **Kauf:** ärztliche Verordnung und Antrag auf eine nicht verlängerbare vorherige Genehmigung. Erstattungsrate: 85 % mit einem Höchstbetrag.
- **Miete unter 3 Monaten:** ärztliche Verordnung. Erstattungsrate: 85 %.
- **Miete von 3 Monaten oder mehr:** ärztliche Verordnung und Antrag auf VG. Erstattungsrate: 85 %.
- Reparaturen sind nicht erstattungsfähig.

10.8. Gehhilfe mit 2 Rädern und Sitz

- **Kauf:** ärztliche Verordnung und Antrag auf eine nicht verlängerbare vorherige Genehmigung. Erstattungsrate: 85 % mit einem Höchstbetrag.
- **Miete unter 3 Monaten:** nur ärztliche Verordnung. Erstattungsrate: 85 %.
- **Miete von 3 Monaten oder mehr:** ärztliche Verordnung und Antrag auf VG. Erstattungsrate: 85 %.
- Reparaturen sind nicht erstattungsfähig.

10.9. Gerät zur Behandlung von Schlafapnoe

Die Erstattung ist sowohl für den Kauf als auch für die Miete eines Geräts zur kontinuierlichen Überdruckbeatmung (CCAP - Continuous Positive Airway Pressure) vorgesehen, das zur Behandlung bestimmter Atemwegserkrankungen, insbesondere des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS), nützlich ist. Auch Zubehör und Wartung sind erstattungsfähig.

Erforderliche Bedingungen:

Der Bedarf muss nachgewiesen werden, und das Gerät muss von einem Pneumologen verschrieben werden. Ein Schlafapnoetest ohne und mit Gerät ist beizufügen.

Vorgehensweise:

Der ärztlichen Verordnung ist ein Antrag auf VG für den Kauf (siehe Punkt 5) beizufügen, es sei denn, es handelt sich um eine Miete unter 3 Monaten oder ab 3 Monaten. Bei einem Kauf ist eine VG erforderlich. Sie ist 5 Jahre gültig.

Achtung:

Gemäß dem Urteil des Gerichtshofs vom 16. Dezember 2020 bleibt der Erstattungsbetrag von 1700 Euro für den Kauf bestehen. Die bisherige Höchstgrenze für die langfristige Miete wurde aber gestrichen. Die Erstattungsrate beträgt 85 % sowohl für den Kauf als auch für die Miete. Es wird empfohlen, zunächst eine Miete von 3 Monaten

in Betracht zu ziehen und dann auf Kauf oder langfristige Miete umzusteigen. Der Antrag auf vorherige Genehmigung für die langfristige Miete kann in einen Kauf umgewandelt werden. In diesem Fall sind Zubehör und Wartung ab einem Jahr nach dem Kauf zu 85 % erstattungsfähig – mit einem Höchstbetrag von 350 Euro pro Jahr ohne ärztliche Verordnung.

10.10. Haushaltshilfe

Finanzielle Unterstützung zur Bezahlung von Haushaltsarbeiten ist an eine anerkannte Pflegebedürftigkeit (siehe Punkt 10.1) gebunden. In diesem Fall ist die zuständige Stelle nicht das GKFS, sondern die Generaldirektion Personal (HR).

Erforderliche Bedingungen:

Die Unterstützung ist an eine Einkommensobergrenze gebunden.

Vorgehensweise:

Holen Sie ein ärztliches Attest über die Pflegebedürftigkeit ein und wenden Sie sich je nach Wohnort an die Sozialdienste der Kommission (siehe Punkt 13).

11. Was im Todesfall zu tun ist

Bitte konsultieren Sie das Kommissionsdokument: „[Bestimmungen für den Fall des Todes eines Ruhegehaltsempfängers](#)“.

Abgesehen von den anderen Formalitäten, die in dieser Broschüre aufgeführt sind, sind zwei zusätzliche Punkte zu beachten:

11.1. Was ist mit den Rechnungen über die Behandlungskosten des Verstorbenen oder seiner Angehörigen zu tun?

Der Erstattungsantrag ist in Papierform mit den Belegen über angefallene Behandlungskosten unverzüglich per Post an das Abrechnungsbüro zu richten. Er kann von einem Erben unterschrieben werden, der unter der Unterschrift seine Identität angibt.

11.2. Bankkonto, auf das die Hinterbliebenenrente überwiesen wird

In einigen Mitgliedstaaten wird das Bankkonto des Verstorbenen mit Eintritt des Todes gesperrt.

In diesem Fall ist der Dienststelle „Ruhegehälter“ das [Formular „Finanzangaben“](#) mit Angaben zum Bankkonto zu übermitteln, auf das die drei vollen Ruhegehälter und die Hinterbliebenenversorgung an die Anspruchsberechtigten des Verstorbenen überwiesen werden sollen. Es ist auch nützlich, der Dienststelle „Ruhegehälter“ den Namen und die Postanschrift des Notars mitzuteilen, der den Nachlass des Verstorbenen regeln wird.

12. Vollmacht: Benennung einer Vertrauensperson für alle Ihre Beziehungen zum PMO.

Falls der Versicherte aus medizinischen oder altersbedingten Gründen nicht mehr in der Lage ist, seine Krankenakte zu verwalten, kann er eine von ihm benannte Vertrauensperson (Kinder, Enkelkinder oder Verwandte) bevollmächtigen, die Anträge beim GKFS unterzeichnet und einreicht und sich bei Fragen zu seinen medizinischen Kosten, seiner Rente oder seinen Beihilfen an das PMO wendet.

Dazu muss das [Vollmachtsformular](#) ausgefüllt und per Post an die unten auf dem Formular angegebene Adresse geschickt werden. Ist das Mitglied nicht in der Lage, das von ihm ausgefüllte Formular zu versenden, kann eine gescannte Version von einem [Botschafter/Freiwilligen](#) der AIACE verschickt werden.

Achtung! Die Möglichkeit das Formular über Service Now zu schicken (wie unten im Formular angegeben) ist für Rentner nicht zugänglich.

13. An welche Abrechnungsstelle sind die Unterlagen zu senden?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Griechenland, Kroatien Lettland, Litauen, Malta, den Niederlanden, Polen, Rumänien, Schweden, der Slowakei, Slowenien, der Tschechischen Republik, Ungarn oder Zypern haben, wenden Sie sich bitte an die Abrechnungsstelle:

Brüssel (Belgien):

Europäische Kommission – GKFS
Abrechnungsbüro BRU
MERO 02/237
1049 Brüssel - Belgien

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in Frankreich, Irland, Italien, Portugal, Spanien, dem Vereinigten Königreich, der Schweiz oder außerhalb der EU haben, wenden Sie sich an die Abrechnungsstelle:

Ispra (Italien):

Europäische Kommission – GKFS
Abrechnungsbüro ISP
PMO.4 - TP 740
Via E. Fermi 2749
21027 Ispra (VA) - Italien

Wenn Sie Ihren Wohnsitz in Deutschland, Luxemburg oder Österreich haben, wenden Sie sich an die Abrechnungsstelle:

Luxemburg:

Europäische Kommission – GKFS
Abrechnungsbüro LUX
12, rue Guillaume Kroll
DRB B1/061
L-2920 Luxemburg

Senden Sie die Dokumente an das zuständige Abrechnungsbüro gemäß Ihrem Wohnsitzland oder an das Büro, bei dem Sie während Ihrer beruflichen Laufbahn registriert waren. Bei Unsicherheiten wenden Sie sich direkt an das GKFS über die oben angegebenen Kontaktdaten.

14. Wo finde ich Informationen? Wo finde ich Hilfe?

Offizielle Websites:

- [AIACE International](#);
- „[Botschafter](#)“ der nationalen AIACE-Sektionen: Diese Botschafter fungieren als Vermittler zwischen den Ruhehaltsempfängern und der Verwaltung der Kommission im Bereich Krankenversicherung und der Ruhegehälter.
- [Koordinatoren der sozialen Freiwilligen](#) (Kollegenhelfer) der nationalen AIACE-Sektionen.

- **Sozialdienste der Organe:**

Kommission

Brüssel (+ GFS Sevilla):

E-Mail: HR-BXL-AIDE-PENSIONNES@ec.europa.eu

Tel.: +32 2 295 90 98

Luxemburg:

E-Mail: HR-LUX-ASSISTANTS-SOCIAUX@ec.europa.eu

Tel.: +352 4301 33948

Ispra (+ GFS):

E-Mail: HR-PENSIONERS-ISPRA-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Tel.: +39 0332 78 59 10

GFS Geel:

E-Mail: JRC-GEE-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Tel.: +32-14-57165

GFS Karlsruhe:

E-Mail: JRC-KRU-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Tel.: +49-7247-951-876

GFS Petten:

E-Mail: JRC-PTT-SOCIAL-ASSISTANCE@ec.europa.eu

Tel.: +31-224-56-53-21

Rat

E-Mail: social.assistants@consilium.europa.eu

Tel.: +32 2 281 52 46 / +32 2 281 24 27

Parlament

Brüssel:

E-Mail: PERS-SocialServiceBrussels@europarl.europa.eu

Tel.: +32 2 283 13 00

Luxemburg:

E-Mail: PERS-SocialServiceLuxembourg@europarl.europa.eu

Tel.: +352-4300-22878

Wirtschafts- und Sozialausschuss

E-Mail: svcmedicosocialcese@eesc.europa.eu

Tel.: +32 2 546 94 50

Ausschuss der Regionen

E-Mail: Social-Service-CoR@cor.europa.eu

Tel.: +32 2 282 23 63

Rechnungshof

E-Mail: ECA-Medical-Service@eca.europa.eu

Tel.: +352-4398-47390

Gerichtshof

E-Mail: celine.Watrinet@curia.europa.eu

Tel.: +352-43-03-4584

EAD

E-Mail: PSYCHOSOCIAL-SUPPORT@eeas.europa.eu

Tel.: +32-460-84-22-77

EIB

E-Mail: pensions@eib.org

Tel.: +352-4379-85421

CEDEFOP

Griechenland:

E-Mail: cedefop-pensions@cedefop.europa

Tel.: +30-2310-49-02-64

- Zentrale PMO-Rufnummer - **NUR in** dringenden und komplexen Fällen: **+ 32 2 291 11 11** – Wahl der Sprache (FR/EN), Option **2** für Pensionäre und ihre Familie, Option **1** für die Krankenversicherung, Option **2** für die Ruhegehälter, Option **5** für EU Login und IT Anwendungen der Kommission.