

Informations- blatt

Hospi Safe

**Zusatztarif des
Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems (GKFS)**

Gültig ab 1. Januar 2026

Willkommen

Sie und Ihre Familie können sich auf uns verlassen, um Zugang zur bestmöglichen Versorgung im Krankheitsfall zu erhalten.

Dieses Versicherungshandbuch besteht aus zwei Teilen: Der Teil „So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz“ ist eine Zusammenfassung aller wichtigen Informationen, die Sie voraussichtlich regelmäßig nutzen. Der Teil „Allgemeine Versicherungsbedingungen Ihres Versicherungsschutzes“ erklärt Ihren Versicherungsschutz im Detail.

Um Ihren Versicherungsschutz optimal zu nutzen, lesen Sie bitte dieses Versicherungshandbuch zusammen mit Ihrem Versicherungsschein und der Tariflichen Leistungszusage.

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Der Versicherer und Verwalter Ihrer Versicherung ist die AWP Health & Life SA, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht, mit einem Kapital von € 95.551.314 und mit Sitz in: 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. USt-IdNr.: FR 84 401 154 679.

Inhalt

Einleitung	4
So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz.....	5
Unterstützungsservices.....	5
Überblick über Ihren Versicherungsschutz	10
Behandlungen.....	13
Allgemeine Versicherungsbedingungen	15
Allgemeine Geschäftsbedingungen.....	15
Ihr Versicherungsschutz erklärt.....	15
Beitragszahlung	21
Verwaltung Ihrer Police	22
Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz.....	25
Datenschutz.....	28
Beschwerden und Mediationsverfahren	28
Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!.....	30

Einleitung

Allianz und Afiliatys, eine europäische Vereinigung mit sozialem und karitativem Charakter zugunsten der Beamten der europäischen Institutionen, Agenturen und Ämtern, der diplomatischen und konsularischen Vertretungen der Mitgliedsstaaten, der internationalen Organisationen und der Europäischen Schulen, haben am 11. Dezember 2019 eine Gruppen-Krankenversicherung für die Mitglieder von Afiliatys und ihre Angehörigen abgeschlossen, um ihnen einen zusätzlichen Versicherungsschutz im Rahmen des Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems (GKFS) zu gewähren.

Dieser Leitfaden mit einem Sinn für Kontinuität, Dauerhaftigkeit und Laufzeit bietet eine zusätzliche Sicherung zum GKFS: Genannt Hospi Safe, wird der Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2029 abgedeckt.

Es gibt drei Optionen:

- **HOSPI SAFE SICKNESS AND ACCIDENT:** Versichert Pflege im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit.
- **HOSPI SAFE SICKNESS:** Versichert die gleiche Pflege, aber nur im Zusammenhang mit der Krankheit.
- **HOSPI SAFE PLUS:** Versichert nicht nur die gleiche Pflege wie HOSPI SAFE ACCIDENT AND SICKNESS, sondern bietet auch eine Reihe weiterer Services.

Der Leitfaden enthält die Allgemeinen Bedingungen dieser Zusatzversicherung und die Bedingungen für die Rückerstattung der erstattungsfähigen medizinischen Kosten und ist ein integraler Bestandteil des Vertrags, dessen Anhang er bildet. Dieser Vertrag, seine Anhänge, dieser Leitfaden und die Tarifliche Leistungszusage für jeden Tarif sind auf der Afiliatys Website (www.afiliatys.eu) veröffentlicht.

Neuer Versicherer und Verwalter von Hospi Safe ist seit dem 1. Januar 2020 die Allianz. Registriert unter den Namen AWP Health & Life SA und AP Solutions GmbH.

So nutzen Sie Ihren Versicherungsschutz

Unterstützungsservices

Ausgezeichneter Service - den Sie verdienen.

Auf den folgenden Seiten erklären wir Ihnen all unsere Leistungen und Services. Lesen Sie weiter, um herauszufinden, was Ihnen zur Verfügung steht.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Unsere mehrsprachige Helpline ist die ganze Woche rund um die Uhr in der von Ihnen gewünschten Sprache erreichbar, um Fragen zu Ihrer Police zu beantworten oder Ihnen im Falle eines Notfalls weiterzuhelfen.

Helpline

Telefon: **0800 70 528** (gebührenfrei aus Belgien)
+353 1 630 1302



Eine Liste unserer aktuellen gebührenfreien Rufnummern finden Sie hier:
www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html

E-Mail: igo.assistance@e.allianz.com

Sie können einen persönlichen Termin mit einem Mitarbeiter des Allianz-Teams vereinbaren. Einzelheiten zu einer Terminvereinbarung finden Sie unter www.allianzcare.com/de/group-hub/hospisafe.html

Wussten Sie schon...

... dass unsere Versicherten der Meinung sind, dass ihre Anfragen schneller bearbeitet werden, wenn sie uns anrufen?

Unterstützung, wenn Sie sie am dringendsten brauchen

Manchmal wird man im Leben mit schmerzlichen Situationen konfrontiert und wenn man dabei nicht entsprechend unterstützt wird, kann selbst die Bewältigung von Versicherungsfragen zusätzlich belastend sein.

Unser tatkräftiges Team ist da, um Sie zu unterstützen. Bitte teilen Sie uns vertrauensvoll mit, wenn Sie zusätzliche Unterstützung benötigen, damit wir bei Bedarf entsprechende und angemessene Anpassungen vornehmen können. Dadurch können wir sicherstellen, dass Sie ohne Probleme Zugang zu unseren Produkten und Dienstleistungen haben.

Wenn Sie also Bedarf melden möchten, die Kommunikation anpassen oder eine andere Person mit der Kommunikation zwischen uns und Ihnen betrauen möchten, erreichen Sie unser Team unter der E-Mail-Adresse enhancedsupport@e.allianz.com.

MyHealth digitale Services

Über MyHealth, verfügbar als mobile App oder im Online-Portal, haben Sie einfachen und bequemen Zugang zu Ihrem Versicherungsschutz, egal wo Sie gerade sind und welches Gerät Sie gerade nutzen.

Funktionen der MyHealth App und des Online-Portals



Meine Police

Greifen Sie auf Versicherungsunterlagen und Versichertenkarten von unterwegs aus zu.



Meine Erstattungsanträge

Sie können bisherige Erstattungsanträge anzeigen und neue Anträge in drei einfachen Schritten einreichen.



Meine Kontakte

Zugang zu unserer rund um die Uhr erreichbaren, mehrsprachigen Helpline. Live-Chat ist im Online-Portal verfügbar.



Symptome-Prüfer

Schnelle und einfache Bewertung Ihrer Symptome.



Dienstleistersuche

Finden Sie medizinische Dienstleister in Ihrer Nähe.



Apotheken-Hilfe

Schlagen Sie die lokalen Namensentsprechungen von Markenmedikamenten nach.



Übersetzer für medizinische Begriffe

Lassen Sie allgemein bekannte Erkrankungen in 17 Sprachen übersetzen.



Notrufnummern

Zugang zu Notfallnummern weltweit.

Zusätzliche nützliche Funktionen

- Aktualisieren Sie Ihre Daten online (E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Passwort, Adresse (falls diese im gleichen Land wie Ihre letzte Adresse ist), Marketingpräferenzen usw.).
- Lassen Sie sich die verbleibenden Erstattungsbeträge jeder Leistung Ihrer Tariflichen Leistungszusage anzeigen.
- Zahlen Sie Ihren Beitrag online und lassen Sie sich bezahlte Beiträge anzeigen.
- Fügen Sie Ihre Zahlungsdetails hinzu oder ändern Sie sie bei Bedarf.

Alle persönlichen Daten, die in den MyHealth digitalen Services gespeichert werden, sind aus Datenschutzgründen durch Verschlüsselung gesichert.

Erste Schritte:

1. Loggen Sie sich auf dem MyHealth Online Portal ein, um sich zu registrieren. Gehen Sie auf my.allianzcare.com/myhealth, klicken Sie auf „HIER REGISTRIEREN“ am Ende der Seite und folgen Sie den Anweisungen auf dem Bildschirm. Halten Sie Ihre Versicherungsnummer bereit – diese befindet sich auf Ihrem Versicherungsschein.
2. Alternativ können Sie sich über unsere MyHealth App anmelden. Um die MyHealth App herunterzuladen, suchen Sie nach „Allianz MyHealth“ im Apple App Store oder bei Androids Google Play.



3. Sobald Sie Ihren Zugang eingerichtet haben, können Sie sich mit der E-Mail-Adresse (Benutzername) und dem Passwort, die Sie bei der Registrierung angegeben haben, im MyHealth Online Portal oder der MyHealth App anmelden. Sie können für beide Services die gleichen Anmeldedaten verwenden. Wenn Sie die Anmeldedaten für einen Zugang ändern, gilt dies automatisch für den anderen Service. Es ist nicht nötig, die Daten für beide Dienste zu ändern. Wir bieten auch eine biometrische Anmeldeoption für die App, z. B. Touch ID oder Face ID, sofern Ihr Gerät diese unterstützt.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website:

www.allianzcare.com/de/myhealth

Webbasierte Services

Auf www.allianzcare.com/de/ressourcen/ressourcen-fuer-versicherte.html können Sie:

- nach medizinischen Dienstleistern suchen.
- Formulare herunterladen.
- auf unsere Gesundheits- und Wellnessbibliothek zugreifen.
- auf die Ressourcen „Leben im Ausland“ zugreifen: Von der Umzugsplanung bis zur Eingewöhnung im neuen Land – hier finden Sie alles, was Sie über einen Umzug ins Ausland wissen müssen.

Überblick über Ihren Versicherungsschutz

Wer ist versichert?

Die Versicherten von Afiliatys, die über das GKFS versichert sind, d. h.:

- Beamte und sonstige Bedienstete von Institutionen, Agenturen und anderen Einrichtungen der Europäischen Union, die aktive Mitglieder sind oder eine satzungsmäßige Position innerhalb der oben genannten Organisationen innehaben.
- Aktive Mitarbeiter der EIB, von Eurocontrol, des Europäischen Hochschulinstituts in Florenz, der Europäischen Schulen und anderer gemeinschaftsbasierten Organisationen, die durch einen Vertrag einer Institution der Europäischen Gemeinschaften gegründet wurden.
- Pensionierte Mitarbeiter aller genannten Institutionen, Agenturen und Einrichtungen der Europäischen Union.
- Ihre unterhaltsberechtigten Begünstigten haben ebenfalls Anspruch auf Versicherungsschutz im Rahmen eines Basistarifs.

Für was bin ich versichert?

Dieser Tarif ist eine Zusatzversicherung zu Ihrem GKFS-Tarif. Die erstatteten Behandlungen sind die Behandlungen, die vom GKFS unter denselben Bedingungen erstattet werden.

Im Hospi Safe Plus Tarif sind einige zusätzliche Behandlungen versichert, auch ohne erstmaliges Eingreifen vom GKFS. Weitere Informationen finden Sie in der Tariflichen Leistungszusage.

Bedingungen für Vorerkrankungen: Versicherungsschutz für Vorerkrankungen (einschließlich chronischer Vorerkrankungen) hängt von den Bedingungen der Risikoprüfung Ihrer Police ab.

- Bei risikogeprüften Policen sind Vorerkrankungen im Regelfall abgedeckt, sofern wir in Ihren Versicherungsunterlagen nichts anderes vermerken.
- Bei Policen mit Moratorium haben Vorerkrankungen nur dann Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn Sie einen ununterbrochenen Zeitraum von 24 Monaten nach Ihrem Versicherungsbeginn abgeschlossen haben und dabei keine Symptome hatten, keine Behandlung, Medikamente, spezielle Diät oder Beratung benötigten oder erhielten oder anderen Anzeichen für die Erkrankung hatten.

Wo kann ich Behandlungen erhalten?

Sie können sich weltweit behandeln lassen. Jedoch ist der Versicherungsschutz unter Hospi Safe zusätzlich zum GKFS auf maximal 25.000 € pro Jahr und pro Person für Gesundheitsleistungen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) und des Vereinigten Königreichs (wenn Sie im Vereinigten Königreich durch GKFS versichert sind) begrenzt.

Erwarten Sie Familienzuwachs?

Werden Sie heiraten oder erwarten Sie ein Baby? Herzlichen Glückwunsch!

Benachrichtigen Sie uns bitte schriftlich, um Angehörige zu Ihrer Police hinzuzufügen. Wenn Sie ein Neugeborenes mitversichern möchten, fügen Sie bitte eine Kopie der Geburtsurkunde bei. Senden Sie Ihre Anfrage bitte innerhalb von vier Wochen nach dem Geburtsdatum, um so sicherzustellen, dass der Versicherungsschutz am Geburtstagsdatum beginnt.

Nach der Annahme stellen wir einen neuen Versicherungsschein aus, der die neuen Versicherten berücksichtigt. Dieser neue Versicherungsschein ersetzt Ihre älteren Versionen ab dem angegebenen Anfangsdatum.

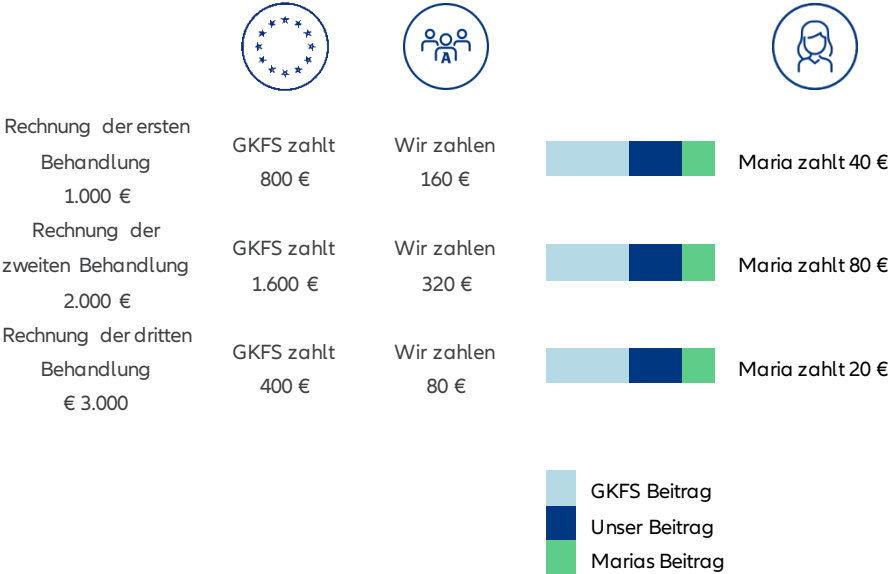
Was sind Eigenanteile?

Für einige Behandlungen, einschließlich Hospi Safe Plus, gilt für Ihren Zusatztarif ein Eigenanteil. Das heißt, dass Sie weiterhin einen Teil der aufgewendeten Behandlungskosten zahlen müssen. In der Tariflichen

Leistungszusage ist der Versicherungsschutz der verschiedenen Tarife aufgeführt.

Für die meisten Hospi Safe Plus-Leistungen, versichert Allianz 80 % der Differenz zwischen der Rechnung und der Erstattung vom GKFS, d. h. Sie zahlen einen Eigenanteil von 20 %.

Hier finden Sie ein Beispiel zur Veranschaulichung:



Behandlungen

Wir verstehen, dass die Suche nach einer Behandlung stressig sein kann. Folgen Sie den beschriebenen Schritten und wir kümmern uns um alle Details, so dass Sie sich darum kümmern, gesund zu werden.

Prüfen Sie Ihren Versicherungsschutz

Prüfen Sie zunächst, ob Ihr Tarif die von Ihnen gewünschte Behandlung vorsieht. Die Tarifliche Leistungszusage zeigt an, welche Leistungen zusätzlich zum GKFS versichert sind. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Helpline.

Rückerstattung Ihrer medizinischen Ausgaben

Folgen Sie diesen Schritten, um sich medizinische Ausgaben zurückerstatten zu lassen:



Lassen Sie sich die benötigte Behandlung zukommen und bezahlen Sie den medizinischen Dienstleister.



Bevor Sie mit uns Kontakt aufnehmen und in Übereinstimmung mit den geltenden Bestimmungen, senden Sie Ihre Erstattungsanträge bitte an das GKFS.



Nach der Annahme durch das GKFS, senden Sie uns bitte den vom GKFS ausgestellten Beleg zu. Für Behandlungen, die durch Hospi Safe Plus ohne vorheriges Eingreifen des GKFS versichert sind, senden Sie uns bitte eine Kopie der Rechnungen/Quittungen und einen Zahlungsnachweis.

Im Rahmen der Verwaltung der medizinischen Kosten können zusätzliche erforderliche Dokumente angefordert werden, die für die Bearbeitung Ihres Falls notwendig sind.



So fordern Sie Ihre erstattungsfähigen Ausgaben zurück:

- Auf dem Postweg an: Allianz, Bd. Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien. In diesem Fall wird die Bearbeitung Ihres Falls erleichtert, wenn Sie Ihr Erstattungsformular zusammen mit dem GKFS-Beleg senden.
- Sie können auch die MyHealth App oder das Online-Portal verwenden (www.allianzcare.com/de/myhealth.html).

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Allgemeine Geschäftsbedingungen

In diesem Teil werden die Leistungen und Regelungen Ihrer Versicherungspolice beschrieben.

- Ihr **Versicherungsschein** gibt detaillierte Angaben zu dem/den von Ihnen ausgewählten Tarif(en). Er zeigt außerdem Versicherungsbeginn sowie das Verlängerungsdatum an, und alle besonderen Bedingungen, die für Ihre Police gelten können.
- Ihre **Tarifliche Leistungszusage** beschreibt den/die von Ihnen ausgewählten Tarif(e) und die für Sie verfügbaren Leistungen sowie Höchsterstattungsbeträge, Wartezeiten, Selbstbeteiligungen und/oder Eigenanteile.

Ihr Versicherungsschutz erklärt

Als EU-Beamte erhalten Sie den erstklassigen Versicherungsschutz des primären Gemeinsamen Krankenfürsorgesystems (GKFS), durch das etwa 80 % oder 85 % Ihrer Arztrechnungen erstattet werden. Allianz bietet eine Zusatzversicherung, wenn die erstmalige Erstattung vom GKFS vorgenommen wurde, mit Ausnahme bestimmter zusätzlicher Leistungen im Rahmen des Hospi Safe Plus-Tarifs.

Ihre Leistungen unterliegen zudem der GKFS-Definitionen und -Ausschlüsse.

Versicherungsumfang

Ihre Versicherung bietet Ihnen und allen namentlich genannten Angehörigen zusätzlich zu den vom GKFS erstatteten Kosten Versicherungs-

schutz für die Behandlung und die damit verbundenen Kosten, Dienstleistungen und/oder der damit verbundenen notwendigen medizinischen Ausrüstung.

Für medizinische Kosten, die nicht vom GKFS erstattet werden und durch den Hospi Safe Plus-Tarif versichert sind, müssen die Kosten angemessen und üblich sein.

Der Versicherungsschutz beginnt

Ihre Versicherung gilt ab dem Angliederungsdatum.

Ab dem 1. Januar 2020 haben jedoch alle neuen Hospi Safe-Versicherten erst nach 24 Monaten (Wartezeit) ab Beginn des Versicherungsschutzes bei uns Anspruch auf Leistungen für alle ihre Gesundheitskosten, die infolge einer Krankheit oder eines Unfalls entstehen, die bzw. der vor Beginn des Versicherungsschutzes bei uns diagnostiziert wurde.

Diese Wartezeit gilt nicht für Versicherte, die dem Vertrag innerhalb von 13 Monaten nach ihrem Amtsantritt bei den Europäischen Institutionen beitreten. Sie gilt außerdem nicht bei Mutterschaft.

Dieser Versicherungsschutz endet an dem Datum, an dem der Versicherte kein Mitglied mehr von Afiliatys ist, oder im Falle der Nichtzahlung der Beiträge, die an Allianz zu leisten sind, oder in jedem Fall am Tag der Kündigung des Vertrags.

Der Versicherungsschutz für Familienangehörige endet zur gleichen Zeit wie der des Versicherungsnehmers, mit Ausnahme der Empfänger einer Hinterbliebenenrente, die nach dem Ableben einer Person, die den Vertrag als Versicherungsnehmer unterzeichnet hat, gezahlt wird.

Die Erstattung medizinischer Kosten endet mit dem Ablauf des Versicherungsvertrags. Die Kosten, die innerhalb des Versicherungszeitraums abgedeckt sind, werden für maximal sechs Monate nach dem auf dem GKFS-Beleg angegebenen Ablaufdatum erstattet. Laufende Behandlungen oder zusätzlich benötigte Pflegeleistungen werden nach dem Ablaufdatum nicht mehr gezahlt.

Tarifliche Leistungszusage

Auf der Afiliatys-Website oder der Allianz Hospi Safe-Website finden Sie die Tarifliche Leistungszusage. Darin finden Sie insbesondere die folgenden Informationen:

- Innerhalb des EWR und des Vereinigten Königreichs (wenn Sie im Vereinigten Königreich durch GKFS versichert sind) gibt es keinen tariflichen Höchstleistungsbetrag. Außerhalb des EWR und des Vereinigten Königreichs (wenn Sie im Vereinigten Königreich durch GKFS versichert sind) gilt jedoch ein Höchstleistungsbetrag von 25.000 € pro Jahr und pro Person.
- Für einen Krankenhausaufenthalt ist keine vorherige Kostenzusage erforderlich, maßgebend ist das GKFS.
- Wie bei Hospi Safe Plus können bestimmte Leistungen jedoch einem Höchstleistungsbetrag unterliegen.

Welche Ausschlüsse gibt es?

Unsere Kostenerstattungen unterliegen den GKFS Geschäftsbedingungen.

Für Schäden in den folgenden Fällen übernehmen wir keine Kosten:

- Folgen eines Krieges, einer direkten oder indirekten offensiven oder defensiven kriegerischen Handlung oder eines anderen militärischen Ereignisses; Folgen von Aufruhr, bürgerlichen Unruhen oder jeglichen kollektiven Gewalttaten politischer, ideologischer oder sozialer Art, wenn die versicherte Person aktiv oder freiwillig daran teilgenommen hat, unabhängig davon, ob sie mit Rebellionen gegen die Autorität oder eine andere etablierte Macht einhergehen oder nicht; die Opfer von Angriffen sind versichert.
- Folgen einer freiwilligen Teilnahme an einem Verbrechen oder einer Straftat.
- Folgen eines Suizidversuchs.
- Schäden, die absichtlich durch den Versicherten oder Begünstigten verursacht oder durch eine rücksichtslose Handlung entstehen, außer im Falle der Rettung von Personen und Eigentum.

- Folgen von Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit sowie Krankheiten oder Unfälle und deren Folgen, die der Versicherte während der Trunkenheit oder unter dem Einfluss von Alkohol, Betäubungsmitteln, Halluzinogenen oder sonstigen Drogen erlitten hat, oder die durch den Missbrauch von verschriebenen Medikamenten verursacht wurden, sofern nachgewiesen werden kann, dass zwischen diesen Erkrankungen und der Behandlung ein zufälliger Zusammenhang besteht.
- Folgen eines Ereignisses oder einer Reihe von Ereignissen, die durch radioaktive, giftige, explosive oder andere gefährliche Materialien, Kernbrennstoffe, radioaktive Abfälle entstehen, sowie Schäden, die direkt oder indirekt durch eine Quelle ionisierender Strahlung verursacht werden.
- Folgen aus der Beteiligung des Versicherten an einem Terrorakt.
- Folgen von Schäden, die entweder durch Waffen verursacht wurden oder durch Vorrichtungen, die durch eine Veränderung der Atomkernstruktur explodieren sollen.
- Im Falle eines Unfalls oder einer Berufskrankheit eines Beamten oder sonstigen Bediensteten der Institutionen der Europäischen Gemeinschaften werden die Kosten gemäß Artikel 73 des Status der Beamten der Europäischen Gemeinschaften vollständig vom GKFS erstattet.
- Dies gilt vorbehaltlich eines Ausschlusses auf der Grundlage des ausgefüllten medizinischen Fragebogens.
- Kosten für den Krankenhausaufenthalt der versicherten Person, der zum Angliederungsdatum läuft.
- Kosten und Gebühren für jegliche Form der Sterilisation und deren Folgen.
- Kosten für ästhetische Behandlungen und Pflege.
- Kosten für die ambulante Krankenpflege, mit Ausnahme der besonderen Pflege auf ärztliche Verschreibung (z. B. Injektionen, Verbandswechsel usw.) und begrenzt auf die versicherten Risiken.

- Kosten für die thermische Heilung, die vom GKFS nicht erstattet wird, mit Ausnahme von postoperativer Rehabilitation und funktioneller Rehabilitationsaufenthalte.

Medizinische Erstattungsanträge

- **Zeitraumen für Erstattungsanträge:** Reichen Sie Ihre Erstattungsanträge (über unsere MyHealth App oder unser Online-Portal) bitte spätestens drei Jahre nach dem auf dem GKFS-Beleg angegebenen Datum ein. Danach sind wir nicht mehr zur Erstattung verpflichtet.
- **Einreichen von Erstattungsanträgen:** Sie müssen für jede Person, die Ansprüche geltend macht, und für jede Erkrankung, einen separaten Erstattungsantrag einreichen.
- **Unterstützende Dokumente:** Wenn Sie einen Erstattungsantrag einreichen, senden Sie uns bitte den GKFS-Beleg. Für Hospi Safe Plus lesen Sie bitte die Angaben unter „Kostenerstattung“ weiter unten.
- **Währung und Gebühren:** Geben Sie bitte die Währung an, in der Sie die Zahlung erhalten möchten. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass wir aufgrund internationaler Bankgesetze keine Zahlung in der gewünschten Währung vornehmen können. In diesem Fall suchen wir gerne eine geeignete Alternativwährung. Wenn wir von einer Währung in eine andere umrechnen müssen, verwenden wir den Wechselkurs, der am Ausstellungsdatum der Rechnungen gültig war. Wir übernehmen alle mit der Zahlung verbundenen Gebühren. Wir haften jedoch nicht für die Gebühren, die Ihre Bank im Rahmen ihrer Geschäftsbedingungen für den Geldeingang auf Ihr Konto erhebt.
- **Rückerstattung:** Wir erstatten nur Kosten auf Grundlage des GKFS-Belegs. Für Hospi Safe Plus, wenn medizinische Kosten nicht vom GKFS erstattet werden, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage des GKFS-Belegs, auf dem angegeben ist, dass sie ihre Zahlung verweigern. Diesem Beleg sind die entsprechenden Rechnungen beigelegt.
- **Angemessene und übliche Kosten:** Für Hospi Safe Plus, wenn medizinische Kosten nicht vom GKFS erstattet werden, erstatten wir die Kosten für medizinische Leistungen, wenn sie angemessen sind und ihre

Höhe den üblichen Gebühren für standardmäßige und allgemein anerkannte medizinische Verfahren entspricht. Wenn ein Erstattungsantrag als unangemessen erachtet wird, kann er abgelehnt oder der Erstattungsbetrag reduziert werden.

Die Höhe der Erstattung darf die Kosten, die Sie für Ausgaben infolge von Krankheit, Mutterschaft oder Unfall zahlen, nicht überschreiten, nachdem Sie die Erstattung vom GKFS oder einem anderen Basis-Versicherungstarif erhalten haben.

Gleichwertiger Versicherungsschutz, der mit mehreren Versicherern abgeschlossen wurde, gilt außerdem innerhalb der vereinbarten Grenzen jedes Versicherers, unabhängig vom Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses.

Behandlung durch Verschulden eines Dritten

Wenn eine Behandlung durch Verschulden eines Dritten erforderlich geworden ist, müssen Sie uns dies so schnell wie möglich schriftlich mitteilen. Zum Beispiel, wenn Sie nach einem Verkehrsunfall behandelt werden müssen, bei dem Sie unschuldig sind. Bitte ergreifen Sie alle von uns angeforderten Maßnahmen, um die Versicherungsdaten der schuldigen Person zu erhalten. Wir können dann die Kosten der von uns bezahlten Behandlung vom anderen Versicherer des Schuldigen zurückfordern. Wenn Ihnen die Kosten für die von uns übernommene Behandlung erstattet werden, müssen Sie den entsprechenden Betrag (einschließlich Zinsen) an uns zurückzahlen.

Beitragszahlung

Der Beitrag ist im Voraus vom Hauptversicherten zu zahlen, der allein für ihre Zahlung nach folgendem Zeitplan verantwortlich ist:

- Jährlich für die Optionen Hospi Safe Sickness and Accident und Hospi Safe Sickness.
- Jährlich oder vierteljährlich, je nach Auswahl des Versicherten, für die Option Hospi Safe Plus.

Wenn der Beitrag nicht vollständig innerhalb eines Monats nach dem Fälligkeitsdatum gezahlt wird, wird der Versicherungsschutz 30 Tage nach Sendung einer Zahlungsaufforderung von uns per Einschreiben ausgesetzt.

Sie können die Zahlungsbedingungen bei der Vertragsverlängerung ändern. Diese Anweisungen müssen schriftlich erfolgen und mindestens 30 Tage vor dem Verlängerungsdatum bei uns eingehen. Die Nichtzahlung des Erst- oder Folgebeitrags kann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.

Verwaltung Ihrer Police

Änderungen Ihrer Adresse oder E-Mail-Adresse

Wir werden sämtliche Korrespondenz an die Adresse senden, die Sie bei uns hinterlegt haben, sofern nichts anderes verlangt wird. Sie sollten uns schnellstmöglich schriftlich über jede Änderung Ihrer Privat-, Geschäfts- oder E-Mail-Adresse informieren.

Korrespondenz

Wenn Sie uns schreiben möchten, senden Sie bitte eine E-Mail oder einen Brief per Post (frankiert). Entsprechende Adressen sind am Ende dieses Leitfadens aufgeführt. Wir senden Originaldokumente normalerweise nicht an Sie zurück. Wenn Sie aber danach fragen, machen wir es gerne.

Upgrade Ihres Versicherungsschutzes

Sie können jederzeit ein Upgrade Ihres Versicherungsschutzes beantragen, wenn Sie mindestens ein Jahr lang angemeldet sind. Diese Änderung gilt ab dem Verlängerungsdatum des Gruppenvertrages.

Wenn Sie ein Upgrade auf Hospi Safe Plus haben möchten, werden Sie gebeten, den medizinischen Fragebogen auszufüllen.

Für andere Upgrades ist kein medizinischer Fragebogen notwendig.

Dieser Fragebogen ist für einen Wechsel von Hospi Safe Sickness auf Hospi Safe Sickness and Accident nicht notwendig.

Reduzierung Ihres Versicherungsschutzes

Sie können jederzeit eine Reduzierung Ihres Versicherungsschutzes beantragen, sobald Sie mindestens ein Jahr lang angemeldet sind. Diese Änderung gilt ab dem Verlängerungsdatum der Versicherung. Es ist kein medizinischer Fragebogen notwendig. Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz auf einen kleineren Tarif reduzieren, können Sie Ihren Tarif mindestens zwei Jahre lang nicht mehr ändern.

Änderungen, die wir bei Vertragsverlängerung vornehmen können

Dieser Vertrag wurde mit Afiliatys verhandelt, als Versicherer des Hospi Safe-Gruppenvertrags, der mit Allianz abgeschlossen wurde.

Sie werden im Voraus von Afiliatys über mögliche Änderungen informiert, die zwischen Afiliatys und Allianz vereinbart wurden.

Ihr Widerrufsrecht

Sie können den Vertrag in Bezug auf alle versicherten Personen oder nur in Bezug auf einen oder mehrere Begünstigte spätestens zwei Monate vor dem Verlängerungsdatum Ihrer Versicherung kündigen.

Sie können Ihre Versicherung auch innerhalb von dreißig (30) Tagen nach Erhalt der vollständigen Versicherungsbedingungen widerrufen.

In beiden Fällen müssen Sie das Formular „Widerrufsrecht“ ausfüllen, das Sie mit Ihren Versicherungsunterlagen erhalten haben. Schicken Sie uns dieses Formular bitte auf eine der folgenden Weisen zu:

E-Mail: underwriting@e.allianz.com

Post: **Allianz, Costumer Care, Bd. Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien**

Wenn Sie von Ihrem Widerspruchsrecht innerhalb der Frist von 30 Tagen Gebrauch machen, sind Sie zu einer vollständigen Rückerstattung der Beiträge des neuesten Versicherungsjahres berechtigt, die für den Versicherten geleistet wurde, dessen Versicherungsschutz widerrufen wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass keine Erstattungsansprüche geltend gemacht wurden. Wenn Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb der Widerrufsfrist von 30 Tagen widerrufen (oder eine Änderung beantragen), ist der Versicherungsvertrag für beide Vertragsparteien bindend und der gesamte Beitrag für das jeweilige Versicherungsjahr in der von Ihnen gewählten Zahlungsweise zu bezahlen.

Gründe für die Beendigung Ihres Versicherungsschutzes

In folgenden Fällen endet Ihr Versicherungsschutz (sowie auch der aller im Versicherungsschein genannten Personen):

- Wenn Sie die Beiträge nicht spätestens zum Fälligkeitsdatum bezahlen.
- Bei Ableben des Versicherungsnehmers, mit Ausnahme der hinterbliebenen Angehörigen, die gemäß GKFS versichert bleiben können.
- Wenn hinreichende Beweise dafür vorliegen, dass der Versicherungsnehmer oder ein Angehöriger uns irreführt hat oder versucht hat, uns irrezuführen. Beispiele: Es wurden falsche Angaben gemacht oder Tatsachen verschwiegen oder mit ihrem Einverständnis von einem Dritten vorsätzlich oder fahrlässig falsche Angaben gemacht, die für die Beurteilung folgender Fragen wichtig gewesen wären:
 - Ob wir den Antrag auf Versicherungsschutz akzeptieren.
 - Der zu zahlende Beitrag.
 - Ob wir einen Erstattungsantrag bezahlen.

Weitere Details finden Sie in der Gruppenvereinbarung.

- Wenn Sie Ihre Versicherungspolice kündigen. Weitere Informationen können Sie dem Abschnitt „Ihr Widerrufsrecht“ entnehmen.
- Wenn Sie kein Afiliatys Versicherter mehr sind.

Wenn Ihre Versicherung nicht aufgrund von Betrug oder Unterlassung einer wesentlichen Angabe, sondern aus einem anderen Grund endet, erstatten wir Ihnen alle Beiträge, die Sie für den Zeitraum nach dem Versicherungs-ende geleistet haben, nach Abzug aller Gelder, die Sie uns schulden.

Mit Ende Ihres Versicherungsschutzes endet ebenfalls der Versicherungsschutz für Ihre Familienangehörigen.

Ablauf der Versicherung

Bei Ablauf Ihres Versicherungsvertrags erlischt Ihr Recht auf Erstattung von Kosten versicherter Leistungen. Wir erstatten alle erstattungsfähigen Kosten, die während des Versicherungszeitraums angefallen sind, bis zu sechs Monate nach dem Datum das auf dem Abrechnungsschreiben des

GKFS genannt ist. Wir werden jedoch keine Kosten erstatten (z. B. für laufende Behandlungen), die nach Ablauf der Versicherung angefallen sind. Es liegt in Ihrer Verantwortung sicherzustellen, dass jede Ihnen oder Ihren Familienangehörigen ausgehändigte Versichertenkarte unverzüglich vernichtet wird, wenn die Versicherung endet.

Weitere Bestimmungen für Ihren Versicherungsschutz

Nationales Recht:

Dieser Vertrag unterliegt den Gesetzen Belgiens.

Klausel im Falle von Sanktionen:

Der Versicherungsschutz, die Erstattungszahlungen oder jegliche Leistungen im Rahmen dieser Versicherung werden ausgesetzt, sollte ein Element der Versicherung, der Leistung, der Aktivität, des Geschäfts oder des zugrunde liegenden Geschäfts uns Folgendem aussetzen:

- Jeglicher geltenden Sanktion, jeglichen Verbots oder jeglicher Beschränkung einer Resolution der Vereinten Nationen, oder
- den Handels-oder Wirtschaftssanktionen, Gesetzen und Vorschriften der Europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika.

Diese Aussetzung gilt so lange, bis wir nicht mehr einer solchen Sanktion, einem solchen Verbot oder einer solchen Beschränkung ausgesetzt sind.

Beträge, die wir leisten:

Der Gesamterstattungsbetrag, der - sei es im Rahmen dieser Versicherungspolice, einer gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Versicherungen erstattet wird, - wird den Betrag des Erstattungsantrags nicht übersteigen.

Wer kann Änderungen an Ihrer Police vornehmen:

Niemand außer Afiliatys darf in Ihrem Namen Änderungen an Ihrer Police

vornehmen. Änderungen sind nur gültig wenn Sie von uns und Afiliatys angenommen werden.

Betrug und Nichtangabe:

Die versicherte Person verliert jegliche Ansprüche auf Leistungen, wenn sie freiwillig eine falsche Erklärung zu Datum, Art, Ursachen, Umständen, Folgen oder Beträgen der Erstattung abgibt.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person wissentlich falsche Dokumente als Belege verwendet.

Wenn ein medizinischer Fragebogen angefordert wird, so verpflichtet sich die versicherte Person, alle ihr zum Angliederungsdatum bekannten Umstände genau anzugeben, um dem Versicherer die Risikoprüfung zu ermöglichen.

Die versicherte Person muss in der Lage sein, ihre Aussagen jederzeit zu rechtfertigen, wenn der Versicherer dies anfordert.

Wenn zum Angliederungsdatum vorsätzlich Informationen ausgelassen oder falsche Angaben gemacht wurden, ist der Versicherer nicht an seine vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Versicherten und seinen Angehörigen gebunden und könnte die Leistung verweigern. Darüber hinaus ist der Versicherer berechtigt, entweder die Nichtigkeit oder die Aufhebung der Einzelversicherung zu verlangen.

Der Vertrag ist gültig, wenn Informationen nicht vorsätzlich ausgelassen oder falsch angegeben wurden. Der Versicherer kann innerhalb einer Frist von einem Monat ab dem Datum, an dem er von den ausgelassenen oder falschen Angaben Kenntnis erlangt hat, die Vertragsänderung mit Wirkung ab dem Datum, an dem er von den ausgelassenen oder falschen Angaben Kenntnis erlangt hat, vorschlagen.

Wenn der Versicherer nachweist, dass er das Risiko unter keinen Umständen versichert hätte, kann er den Vertrag innerhalb derselben Frist kündigen. Wird der Antrag auf Vertragsänderung vom Versicherungsnehmer abgelehnt oder nach Ablauf einer Frist von einem Monat nach Erhalt dieses Angebots nicht angenommen, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb von vierzehn Tagen kündigen.

Kontaktaufnahme zu Angehörigen:

Zur Verwaltung Ihrer Police müssen wir möglicherweise weitere Informationen anfordern. Wenn wir Informationen zu einem Ihrer Angehörigen anfragen müssen (wenn wir beispielsweise eine E-Mail-Adresse für einen erwachsenen Angehörigen wissen möchten), setzen wir uns mit Ihnen als Kontaktperson in Verbindung und fragen Sie nach den relevanten Informationen, sofern diese vorliegen und keine vertraulichen Informationen sind. Genau so können wir Ihnen bei unserer Bearbeitung von Erstattungsanträgen nicht-vertrauliche Informationen über ein Familienmitglied senden.

Beschränkung auf die tatsächlichen Kosten:

Die Erstattung der Kosten, die durch eine Krankheit, eine Schwangerschaft oder einen Unfall entstanden sind, übersteigen nicht den Betrag der Kosten, die Sie nach Zahlung der Leistungen jeglicher Art, auf die Sie Anspruch haben, noch zu tragen haben. Leistungen gleicher Art, die von mehreren Versicherungsträgern bezogen werden, sind bis zur Höhe der jeweiligen Leistung unabhängig vom Zeitpunkt der Inanspruchnahme durchsetzbar. Innerhalb dieser Grenze können Sie eine zusätzliche Leistungszahlung erhalten, indem Sie die Übersicht(en) über Ihre Leistungen einreichen, die von dem/den anderen Versicherungsträger(n) gezahlt wurden.

Ihr Erstattungsantrag wird auf Grundlage der GKFS-Erstattungen berücksichtigt. Bitte informieren Sie uns entsprechend.

Datenschutz

Unser Datenschutzhinweis erklärt, wie wir Ihre Privatsphäre schützen und wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden. Sie müssen diese Information lesen, bevor Sie Ihre persönlichen Daten an uns übermitteln. Um unseren Datenschutzhinweis zu lesen, gehen Sie bitte auf:
www.allianzcare.com/de/datenschutz.html

Alternativ können Sie uns auch anrufen und eine Kopie anfragen.
0800 70 528 (gebührenfrei aus Belgien)

Allianz erfüllt die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die am 25. Mai 2018 in Kraft getreten ist.

Falls Sie Fragen dazu haben, wie Ihre persönlichen Daten verwendet werden, schreiben Sie uns eine E-Mail:
AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Beschwerden und Mediationsverfahren

Wenn Sie Anregungen oder Beschwerden haben, rufen Sie bitte immer zuerst unsere Helpline an. Wenn wir das Problem nicht am Telefon lösen können, schreiben Sie uns bitte eine E-Mail oder einen Brief:

Telefon: **0800 70 528** (gebührenfrei aus Belgien)

E-Mail: igo.assistance@e.allianz.com

Adresse: **Customer Resolution Team, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irland.**

Wir werden Ihre Beschwerde nach unserem internen Beschwerdemanagement-Prozess handhaben. Weitere Einzelheiten finden Sie hier: www.allianzcare.com/de/beschwerdeverfahren.html

Sie können sich außerdem an unsere Helpline wenden, die Ihnen gerne eine Kopie unseres Prozesses zukommen lässt.

Allianz ist Unterzeichner der Vermittlungscharta der Versicherung. Bei anhaltenden und endgültigen Meinungsverschiedenheiten haben Sie daher die Möglichkeit, sich nach Ausschöpfung aller innerstaatlichen Rechtsmittel per Post an den Mediator der Versicherung zu wenden:

TSA 50 11075 441 Paris Cedex 09

und ohne Präjudiz andere Möglichkeiten und rechtliche Schritte zu nutzen.

Sprechen Sie mit uns, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Bei Fragen können Sie sich jederzeit mit uns in Verbindung setzen:

Helpline rund um die Uhr für allgemeine Fragen und Hilfe im Notfall

Telefon: **0800 70 528**
(gebührenfrei aus Belgien)
+353 1 630 1302



Gebührenfreie Rufnummern: www.allianzcare.com/toll-free-numbers

Wenn Sie von Ihrem Mobiltelefon aus die gebührenfreien Nummern nicht wählen können, wählen Sie bitte eine der oben aufgeführten Helpline-Nummern.

Wir weisen Sie darauf hin, dass Helpline-Anrufe aufgezeichnet und zu Schulungs-, Qualitätssicherungs- und Regulierungszwecken überwacht werden. Bitte beachten Sie, dass nur der Versicherungsnehmer (oder eine von ihm autorisierte Person) Änderungen an der Police vornehmen kann. Anrufern werden Sicherheitsfragen gestellt, um deren Identität zu bestätigen.

E-Mail: igo.assistance@e.allianz.com

Adresse: **Allianz, Bd. Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien**

www.allianzcare.com

www.facebook.com/AllianzCare/

www.linkedin.com/company/allianz-care

www.youtube.com/c/allianzcare

www.instagram.com/allianzcare/

x.com/AllianzCare

www.tiktok.com/@allianzcare

Dieses Dokument ist eine deutsche Übersetzung des englischen Dokuments. Die englische Version ist die ursprüngliche und offizielle Version. Sollten zwischen dieser Übersetzung und der englischen Version Unterschiede bestehen, beachten Sie bitte, dass die englische Version die rechtsverbindliche und offizielle Version ist.

AWP Health & Life SA unterliegt der Aufsicht durch die French Prudential Supervisory Authority in 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Der Versicherer und Verwalter Ihrer Versicherung ist die AWP Health & Life SA, eine Aktiengesellschaft nach französischem Recht, mit einem Kapital von € 95.551.314 und mit Sitz in: 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich. Registriert in Frankreich unter der Nr.: 401 154 679 RCS Bobigny. USt-IdNr.: FR 84 401 154 679.