



**Hospi Safe**

Gültig ab 1. Januar 2025

# Tarifliche Leistungszusage

## Im Folgenden sind Einzelheiten zum Versicherungsschutz innerhalb der Tarife der Zusatzversicherungen aufgeführt. Die aufgezeigten Erstattungsbeträge gelten pro versicherter Person und pro Versicherungsjahr.

Der Höchsterstattungsbetrag für eine Behandlung außerhalb des EWR und außerhalb des Vereinigten Königreichs (wenn Sie im Vereinigten Königreich durch GKFS versichert sind) ist 25.000 €. Es gilt kein Höchsterstattungsbetrag für Behandlungen innerhalb des EWR und des Vereinigten Königreichs (wenn Sie im Vereinigten Königreich durch GKFS versichert sind).

Bitte lesen Sie den Abschnitt zu GKFS-Ausschlüssen bezüglich Kosten, die über Ihren Zusatzversicherungstarif nicht versichert sind.

**Hospi Safe Sickness** versichert Sie für Behandlungen (Krankenhausaufenthalt und andere damit verbundene Kosten) infolge einer Krankheit oder bei einer Mutterschaft.

**Hospi Safe Sickness and Accident<sup>1</sup>** versichert Sie für Behandlungen (Krankenhausaufenthalt und andere damit verbundene Kosten) infolge eines Unfalls oder bei einer Mutterschaft. Für diese beiden Tarife gilt Folgendes:

- Kosten für die medizinische Versorgung während des Krankenhausaufenthalts im Zusammenhang mit einer Krankheit oder einem Unfall, einschließlich mindestens einer Nacht stationärer Versorgung, sowie Kosten für chirurgische Eingriffe gemäß GKFS (Unterbringungskosten einschließlich in einem Einzelzimmer, Gebühren für medizinische und paramedizinische Leistungen sowie OP-Gebühren, Gipsraumgebühren, Behandlungsraumgebühren, Raumgebühren für medizinische Bildgebung usw.)
- Chirurgische Eingriffe, die in Ergänzung zum GKFS bereitgestellt werden, können auch ambulant durchgeführt werden (Tagesklinik) und gelten als mindestens eine Nacht stationärer Behandlung.
- Ambulante Behandlungskosten (ärztliche Beratung, verschriebene Arzneimittel) sind mitversichert, wenn sie in direktem Zusammenhang mit der Ursache des Krankenhausaufenthalts stehen und innerhalb von zwei Monaten vor oder sechs Monaten nach dem im GKFS beschriebenen Krankenhausaufenthalt gezahlt werden.
- Transportkosten für medizinisch notwendige Zwecke, die in direktem Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt stehen.
- Medizinisch notwendige postoperative Rehabilitationsaufenthalte, die innerhalb von sechs Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt durchgeführt werden.
- Gesundheitsversorgung und stationäre Versorgung in Notaufnahmen von Krankenhäusern können erstattet werden, sofern sie im Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Krankenhausaufenthalt stehen und innerhalb von zwei Monaten vor oder sechs Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt stattgefunden haben.

Diese Behandlungen werden gemäß der folgenden Stufe erstattet:

Die Differenz zwischen den Kosten der erstattungsfähigen Behandlung und der Kostenerstattung durch das gemeinsame Krankenversicherungssystem wird für die in diesen beiden Hospi

Safe Tarifen abgedeckten Leistungen in voller Höhe erstattet, d. h. bis zum maximalen Erstattungsbetrag des Tarifs (z. B. 800 € für den Zahntarif) oder bis zum Höchsterstattungsbetrag (z. B. 50 € pro Person und pro Kalenderjahr für diätetische Behandlungen), sofern zutreffend. Bitte beachten Sie, dass medizinisch notwendige postoperative körperliche Rehabilitationsaufenthalte 20 % der anfallenden Kosten nicht überschreiten dürfen.

**Hospi Safe Plus** versichert Sie für alle Behandlungen, die in den Tarifen Hospi Safe Sickness und Hospi Safe Sickness and Accident enthalten sind oder bei einer Mutterschaft. Zusätzlich sind dadurch andere Leistungen versichert, einige davon zusätzlich zur Erstattung vom GKFS und andere unabhängig vom GKFS.

### (a) Erstattungsfähige Kosten zusätzlich zu GKFS-Erstattungen

- Beratungen, ärztliche Untersuchungen und verschriebene Arzneimittel.
- Zahnbehandlungen (einschließlich kieferorthopädischer Behandlungen, Prothesen und zahnärztlicher Ausrüstung, Brücken, Kronen und Implantate usw.).
- Verschiedene in Kapitel 8, Nummer 2 der allgemeinen Durchführungsbestimmungen für die Erstattung von medizinischen Kosten im Zusammenhang mit dem GKFS aufgeführte Behandlungen.
- Gesundheitspflege und Medikamente in Bezug auf Erkrankungen der Augen, Brillenfassungen und Brillengläser, Kontaktlinsen und Augenprothesen.
- Gesundheitspflege und Geräte, die in direktem Zusammenhang mit dem Gehör stehen.
- Orthopädische Hilfsmittel (einschließlich orthopädischer Schuhe, elastischer Strümpfe für Krampfadern, künstliche Gliedmaßen und deren Teilstücke, Krücken, Rollstühle und geeignete und / oder ähnliche Hilfsmittel usw.).
- Gebühren für klinische Biologie, Radiologie und medizinische Bildgebung.
- Kosten für Behandlungen und ärztliche Untersuchungen, die während Behandlungen gemäß den GKFS-Regeln anfallen.

Diese Behandlungen werden gemäß der folgenden Stufe erstattet:

- Für die Gesundheitsversorgung unter Hospi Safe Plus muss die Kostenerstattung für erstattungsfähige Behandlungen mindestens 80 % der Differenz zwischen den entstandenen Kosten und den vom GKFS erhaltenen Erstattungen betragen.
- Für Beratungen, medizinische Untersuchungen, Arzneimittel und für Gebühren für klinische Biologie, Radiologie und medizinische Bildgebung beträgt der maximale Erstattungsbetrag 1.250 € pro Person und pro Kalenderjahr mit einem jährlichen Überschuss, je nach Alter der versicherten Person am 1. Januar desselben Jahres, d. h.:
  - 0 € für Kinder bis zum Alter von 18 Jahren.
  - 50 € für Personen zwischen 19 und 60.
  - 100 € für Personen über 60.

Zusätzlich gelten die folgenden Höchsterstattungsbeträge als Teil der Hospi Safe Plus Option:

- 200 € (nach Erstattung vom GKFS) pro Brillenfassung.
- 20 € pro Tag für Behandlungs- und medizinische Untersuchungskosten, die bei Thermalkuren anfallen.

<sup>1</sup> Neuer Name des Hospi Safe-Tarifs und gültig seit 31.12.2019.

In dieser Tabelle sind die zahnmedizinischen Leistungen unter Hospi Safe Plus aufgeführt:

Leistungen des Zahntarifs	Hospi Safe Plus
Höchstleistungsbeträge	800 € für das 1. und 2. Jahr 1.600 € für das 3. Jahr 2.400 € für das 4. Jahr 3.200 € für das 5. Jahr
Zahnbehandlungen	80 % Erstattung der Kosten, die nicht über den GKFS-Tarif erstattet werden
Chirurgische zahnärztliche Eingriffe	80 % Erstattung der Kosten, die nicht über den GKFS-Tarif erstattet werden
Zahnärztliche Parodontalbehandlung	80 % Erstattung der Kosten, die nicht über den GKFS-Tarif erstattet werden
Kieferorthopädie und Zahnersatz	80 % Erstattung der Kosten, die nicht über den GKFS-Tarif erstattet werden

#### (b) Erstattungsfähige Kosten, unabhängig vom GKFS

- Sprachtherapie aus nicht-medizinischen Gründen (zur Erstattung ist eine Bescheinigung des GKFS erforderlich, die aufzeigt, dass eine Rückerstattung abgelehnt wird). Diese Leistung ist beschränkt auf Kinder bis zum Alter von 12 Jahren.
- Arzneimittel zur Vorbeugung außerhalb des Geltungsbereichs des GKFS (zur Erstattung ist eine Bescheinigung des GKFS erforderlich, die aufzeigt, dass eine Rückerstattung abgelehnt wird).
- Diätetische Behandlung oder Programm (Originalrechnung zur Erstattung erforderlich).
- Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Sportverein oder Schwimmbad (Originalrechnung zur Erstattung erforderlich), sofern die Mitgliedschaft mindestens 6 Monate oder 26 Sitzungen dauert.

Kosten für medizinische Versorgung wie oben angegeben („Erstattungsfähige Kosten, unabhängig vom GKFS“) werden zu den folgenden Sätzen erstattet:

- Sprachtherapie aus nichtmedizinischen Gründen: 80 % der Rechnung für maximal 30 Sitzungen pro Person und pro Kalenderjahr, und 1.250 € pro Person und pro Kalenderjahr.
- Arzneimittel zur Vorbeugung außerhalb des Geltungsbereichs des GKFS: 80 % der Rechnung.
- Diätetische Behandlung: Erstattung von 20 % der Rechnung, maximal 50 € pro Person und pro Kalenderjahr.
- Mitgliedschaft im Fitnessstudio, Sportverein oder Schwimmbad: 20 % Erstattung der Rechnung bis zu 50 € pro Person und pro Kalenderjahr.

## Anmerkungen

### Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen, die nach Versicherungsbeginn auftreten, sind im Rahmen des Versicherungsvertrags versichert. Lesen Sie bitte die GKFS-Definitionen oder kontaktieren Sie unsere Helpline.

### Vorerkrankungen

Für alle neuen Hospi Safe Versicherten seit 1. Januar 2020 beginnt der Anspruch auf Leistungen für alle ihre Gesundheitsausgaben, die infolge einer vor ihrem Beitritt diagnostizierten Krankheit oder eines Unfalls entstehen, erst nach Ablauf einer Wartezeit von 24 Monaten ab dem Beitrittsdatum. Die Wartezeit gilt nicht bei Mutterschaftsleistungen.

Für alle Gesundheitsausgaben, die infolge einer vor dem Beginn der Versicherung bei uns diagnostizierten Krankheit oder eines Unfalls entstanden sind, haben Sie erst nach 24 Monaten (Wartezeit) ab Versicherungsbeginn Anspruch auf Leistungen. Diese Wartezeit gilt nicht, wenn Sie diesen Tarif innerhalb der 13 ersten Monate nach Ihrem Eintritt in die EU-Institutionen als EU-Beamter/Beamte abschließen.

Für alle neuen Versicherten, die innerhalb von sechs Monaten nach dem Beitritt in den Ruhestand gehen, ist ein medizinischer Fragebogen erforderlich.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungshandbuch oder kontaktieren Sie unsere Helpline.

### Höchstleistungsbeträge

Die Tarifliche Leistungszusage zeigt zwei verschiedene Höchstleistungsbeträge:

- Der Höchstleistungsbetrag ist der maximale Betrag, den wir für medizinische Kosten außerhalb des EWR und außerhalb des Vereinigten Königreichs (wenn Sie im Vereinigten Königreich durch GKFS versichert sind) zahlen, zusätzlich zu dem Betrag, der vom GKFS erstattet wird, bis zu 25.000 € pro Versicherten, pro Versicherungsjahr. Es gilt kein Höchstleistungsbetrag innerhalb des EWR und des Vereinigten Königreichs (wenn Sie im Vereinigten Königreich durch GKFS versichert sind).
- Bei Hospi Safe Plus gelten für einige Leistungen zudem spezifische Leistungsbeträge, beispielsweise „pro Versicherungsjahr“, „für die Dauer der Versicherung“ oder „nach Alter“. In manchen Fällen kann zusätzlich zu den Höchstleistungsbeträgen für Versicherungsleistungen auch eine prozentuale Leistungserstattung gelten, z. B. „80 % Erstattung des Betrags, der vom GKFS nicht erstattet wird, bis zu 1.250 €“.

Der von uns erstattete Betrag unterliegt einem Höchstleistungsbetrag (falls Ihr Tarif dies vorsieht), auch in den folgenden Fällen:

- Es gilt ein bestimmter Leistungsbetrag.
- Der Begriff „Volle Erstattung“ steht neben der Leistung.

Alle Höchstleistungsbeträge gelten pro Versicherten und pro Versicherungsjahr, es sei denn, in Ihrer Tariflichen Leistungszusage ist etwas anderes angegeben.

### Allgemeine Versicherungsbedingungen

In der Tariflichen Leistungszusage finden Sie einen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz GKFS-Definitionen, -Beschränkungen und -Ausschlüssen unterliegt. Unsere Allgemeinen Bedingungen sind in unserem Versicherungshandbuch aufgeführt, das Ihnen bei Versicherungsbeginn ausgehändigt wird. Sie können Ihr aktuelles Versicherungshandbuch über Ihr Konto in den MyHealth digitalen Services herunterladen. Weitere Informationen finden Sie unter [www.allianzcare.com/de/anmeldung.html](http://www.allianzcare.com/de/anmeldung.html)

Der EWR wird wie folgt definiert: Österreich, Belgien, Bulgarien, Kroatien, Zypern, Tschechien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Island, Irland, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, die Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden.

BEI DIESEM VERSICHERUNGSPRODUKT HANDELT ES SICH LEDIGLICH UM EINE ZUSATZVERSICHERUNG.

# 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

 E-Mail: [igo.assistance@e.allianz.com](mailto:igo.assistance@e.allianz.com)

Gebührenfreie Telefonnummern: [www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/de/pages/toll-free-numbers.html)

*Wenn Sie von Ihrem Mobiltelefon aus keine der gebührenfreien Telefonnummern anrufen können, finden Sie weitere Kontakttelefonnummern unter [www.allianzcare.com/de/kontaktieren-sie-uns.html](http://www.allianzcare.com/de/kontaktieren-sie-uns.html)*

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

Am schnellsten senden Sie uns Ihren Erstattungsantrag elektronisch über die MyHealth App oder die MyHealth Online Services. Sie können Ihre Erstattungsanträge auch auf dem Postweg an die folgende Adresse senden:

 Allianz Care, Bd Roi Albert II 32, 1000 Brüssel, Belgien.

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](http://www.allianzcare.com/de/group-hub/hospisafe.html)

 [www.allianzcare.com](http://www.allianzcare.com)