

Generali Deutschland Krankenversicherung AG

GP3

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif GP3. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (RB/KK 2009 und TB/KK 2009), dem Tarif GP3, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankheitskostenzusatzversicherung zur Ergänzung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes.



Was ist versichert?

- ✓ bis zu 40 % der Aufwendungen für Zahnersatz (einschließlich Implantate), Zahnkronen und Inlays; zusammen mit der Leistung der GKV und einer ggf. bestehenden weiteren privaten Zahnersatzzusatzversicherung bis zu 80 % des Rechnungsbetrages (summenmäßige Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten sechs Jahren nach Versicherungsbeginn)
- ✓ zu 100 %:
 - Aufwendungen für gesondert berechnete Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer (Eigenanteil bei Einbettzimmer)
 - Aufwendungen für chefärztliche Leistungen
 - Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses. Werden keine Leistungen der GKV nachgewiesen, werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie bei Vorleistung durch die GKV zu erstatten wären
 - nach GKV-Vorleistung verbleibende Kosten des Transports zum/vom Krankenhaus bis 100 km
- ✓ Zahlung eines Krankenhaustagegeldes für jeden Tag eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts
- ✓ Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Unterbringung im Ein-/Zweibettzimmer oder/und chefärztliche Leistungen
- ✓ 100 % der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbleibenden Aufwendungen für:
 - ärztliche Leistungen einschließlich der verordneten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (gemäß Hilfsmittelkatalog, Sehhilfen s.u.)
 - HebammenleistungenErbringt die GKV keine Leistung, werden die vorgenannten Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000,00 EUR zu 50 %, der darüber hinausgehende Teil zu 100 % erstattet. Im Falle einer Vorleistung der GKV: 100 % (ohne GKV-Vorleistung 50 %) der verbleibenden Aufwendungen für:
 - Transport und Unterbringung für einen Tag/ eine Nacht bei ambulanten Operationen (summenmäßige Begrenzung)100 % der nach einer evtl. GKV-Vorleistung verbleibenden Aufwendungen für
 - Sehhilfen, d.h. für Brillengestelle, Brillengläser und

Kontaktlinsen (summenmäßige Begrenzung); für Versicherte, die das 15. Lebensjahr nicht vollendet haben ist eine GKV-Vorleistung nachzuweisen

- 80 % der Aufwendungen für
 - Heilpraktikerleistungen (außer Psychotherapie) einschließlich der verordneten Arzneimittel (summenmäßige Begrenzung)
- ✓ bei kurzfristigen Auslandsreisen bis zu acht Wochen: 100 % der nach GKV-Vorleistung verbleibenden Aufwendungen für ambulante und stationäre Heilbehandlung, den Transport zum/vom Krankenhaus, schmerzstillende Zahnbehandlung sowie Rücktransport/Bestattung/Überführung (summenmäßige Begrenzung für Bestattung/Überführung)
- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ.
- ✓ Garantierte Prämienrückerstattung bei Leistungsfreiheit: Pauschalleistung von 3/12 der für ein leistungsfreies Kalenderjahr entrichteten Beiträge (auch bei unterjährigem Versicherungsbeginn)
- ✓ Optionsrecht: Möglichkeit zur Umstellung in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung (ggf. mit einer Krankentagegeldversicherung) zu vorteilhaften Bedingungen.
- ✓ Familienrabatt: Möglichkeit eines Beitragsnachlasses für mitversicherte Kinder und Jugendliche



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für:

- ✗ medizinisch nicht notwendige, z.B. kosmetische Behandlungen
- ✗ das medizinisch notwendige Maß übersteigende Behandlungen
- ✗ Behandlungen, bei denen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen
- ✗ alternative Behandlungsmethoden, die sich nicht praktisch bewährt und keine allgemeine Anerkennung gefunden haben
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten/Lebenspartner, Eltern oder Kinder



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- !** Durch summenmäßige und prozentuale Begrenzungen bei einzelnen Leistungen (vgl. „Was ist versichert?“) können Ihnen Eigenanteile entstehen.
- !** Gesetzliche Zuzahlungen (z.B. zu Arzneimitteln), die Sie als GKV-Versicherter zu zahlen haben, sind nicht Gegenstand dieses Versicherungsschutzes



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheins) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa.
- ✓ Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden.
- ✓ Während der ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmeldung außerordentlich kündigen.
- Endet Ihre Versicherung in der GKV, so endet damit auch die Versicherung nach diesem Tarif (Wegfall der Versicherungsfähigkeit). Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall anzuzeigen und nachzuweisen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere zum Gesundheitszustand, sind von besonderer Bedeutung für das Zustandekommen des Vertrages. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
- Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung unserer Versicherten angewiesen. Es kann im Einzelfall z.B. erforderlich sein, dass die versicherte Person ihre Behandelnden von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können. Darüber hinaus kann es ebenfalls erforderlich sein, dass Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Es kann abweichend davon auch eine andere Zahlungsweise (viertel-, halb- oder jährlich) vereinbart werden.
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.
- Der Beitrag ist bis zum Ende des Versicherungsschutzes zu zahlen.
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.