

Tarif BusinessAF

	Seite
Präambel.....	2
A Allgemeine Regelungen.....	3
B Tarif BusinessVorsorgeAF: Versicherungsleistungen bei ambulanter Vorsorgeuntersuchung.....	6
C Tarif BusinessStationärAF: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung.....	7
D Tarif BusinessUnfallAF: Versicherungsleistungen bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung.....	8
E Tarif BusinessZahnAF: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	10
F Dynamisierung.....	11

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/BZV-AF 2017)

	Seite		Seite
Versicherungsschutz		Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 1 Gegenstand der Versicherung.....	12	§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag (alle Tarife außer BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF).....	16
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes.....	12	§ 16a Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag (Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF).....	16
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes.....	12	§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen..	17
§ 4 Wartezeiten.....	12	§ 18 Versicherung von Neugeborenen, Adoption.....	17
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes.....	12	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalt.....	13	§ 19 Allgemeines.....	18
Leistungen des Versicherers		§ 20 Einzelne Obliegenheiten.....	18
§ 7 Fälligkeit der Leistungen.....	13	§ 21 Ersatzansprüche gegen Dritte.....	18
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	13	§ 22 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer.....	18
§ 9 Verpfändung.....	14	Dauer und Ende der Versicherung	
§ 10 Überschussbeteiligung (Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF).....	14	§ 23 Vertragsdauer und Versicherungsjahr.....	19
Beiträge		§ 24 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	19
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	14	§ 25 Kündigung durch den Versicherer.....	19
§ 12 Berechnung des Beitrags (alle Tarife außer BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF).....	14	§ 26 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung.....	19
§ 12a Berechnung des Beitrags (Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF).....	15	Weitere Regelungen	
§ 13 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	15	§ 27 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer.....	20
§ 14 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	16	§ 28 Anwendbares Recht.....	20
§ 15 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung.....	16	§ 29 Gerichtsstand.....	20
		§ 30 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	20
		§ 31 Verjährung.....	21
		Streitschlichtungsstellen	22

Präambel

Betriebliche Krankenversicherung

Der BusinessAF beinhaltet Tarife für die Angehörigen von Beschäftigten eines Unternehmens, die im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Tarifen des Business versichert sind, sowie für ehemalige Beschäftigte des Unternehmens, die aus der arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Tarifen des Business ausscheiden.

Die Tarife können einzeln abgeschlossen oder miteinander kombiniert werden. Sie gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/BZV-AF 2017). In einem mit dem Arbeitgeber abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag können Abweichungen vereinbart werden.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Tarife und ihre wichtigsten Leistungen:

Tarif	Wichtigste Leistungen
BusinessVorsorgeAF	Ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten
BusinessStationärAF	Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer im Krankenhaus
BusinessUnfallAF	Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer im Krankenhaus bei Unfall
BusinessZahn1AF	Zahnersatz und weitere zahnärztliche Leistungen
BusinessZahn2AF	Zahnersatz und weitere zahnärztliche Leistungen
BusinessZahn3AF	Zahnersatz

Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig in die Tarife aus BusinessAF sind Angehörige von Beschäftigten eines Unternehmens, die im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Tarifen des Business versichert sind, sowie ehemalige Beschäftigte eines Unternehmens unmittelbar nachdem sie aus einer arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Tarifen des Business ausscheiden.

Die Angehörigen und ehemaligen Beschäftigten müssen Mitglied bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sein oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen GKV oder in der Bundesrepublik Deutschland einen der deutschen GKV gleichartigen Anspruch haben. In den Tarifen BusinessVorsorgeAF, BusinessZahn1AF, BusinessZahn2AF und BusinessZahn3AF sind darüber hinaus auch Personen aufnahmefähig, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung krankheitskostenvollversichert sind.

Angehöriger ist der Ehe- oder Lebenspartner des Beschäftigten, solange er mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt. Angehörige sind darüber hinaus Kinder des Beschäftigten oder seines Ehe- oder Lebenspartners, solange ein Elternteil kindergeldberechtigt ist.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den Tarifen BusinessStationärAF oder BusinessUnfallAF sind ausschließlich Personen, die Mitglied bei einem Träger der deutschen GKV sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen GKV oder in der Bundesrepublik Deutschland einen der deutschen GKV gleichartigen Anspruch haben. Schließt eine nach Tarif BusinessStationärAF oder Tarif BusinessUnfallAF versicherte Person eine private Krankheitskostenvollversicherung ab, entfällt die Versicherungsfähigkeit in diesen Tarifen. Mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Generali innerhalb eines Monats nach Wegfall in Textform anzuzeigen.

A Allgemeine Regelungen

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem gewählten Tarif aus BusinessAF und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/BZV-AF 2017).

Für die im Tarif jeweils versicherten Leistungen gelten die nachfolgenden Allgemeinen Regelungen.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandler	Ärzte und Zahnärzte Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen. Heilpraktiker Der versicherten Person steht die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei, sofern der gewählte Tarif Leistungen für Behandlungen durch Heilpraktiker vorsieht. Keine Leistungspflicht besteht für <ul style="list-style-type: none">– Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass die Generali den Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt hat. Benachrichtigt die Generali den Versicherungsnehmer erst nach Beginn der Behandlung über den Ausschluss, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.– Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
A 2 Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln	Arznei- und Verbandmittel müssen von den in A 1 genannten Ärzten oder Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Als Arzneimittel gelten auch enterale und parenterale Ernährung. Als Arzneimittel gelten nicht: Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Verbesserung des Haarwuchses. Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.
A 3 Behandlung im Krankenhaus	Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung steht der versicherten Person die Wahl frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, sofern diese nach § 108 SGB V zugelassen sind (Universitäts-/ Hochschulklinik, Plankrankenhaus, Krankenhaus mit GKV-Versorgungsvertrag). Die Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Keine Leistungspflicht besteht für <ul style="list-style-type: none">– Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass die Generali den Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt hat. Benachrichtigt die Generali den Versicherungsnehmer erst nach Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.– eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
A 4 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	Die Generali leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen; die Generali kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

A 5 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	<p>Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) entsprechen. Gebühren, die die Höchstsätze der GOÄ/GOZ oder die Höchstbeträge des GebüH übersteigen, werden von der Generali nicht erstattet.</p> <p>Abweichend hiervon sind in den Tarifen BusinessStationärAF, BusinessUnfallAF und BusinessZahn1AF bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn.</p> <p>Im Ausland entstandene Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen berechnet sind. Abweichende Regelungen gelten bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (vgl. § 6 Abs. 2 und 3 AVB/BZV-AF 2017).</p>
A 6 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	<p>Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die Generali ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die Generali insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.</p>
A 7 Berücksichtigung von Leistungen der GKV und anderer Kostenträger	<p>Leistungen der GKV werden als Vorleistung auf die tarifliche Leistung angerechnet. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V gilt als Vorleistung in diesem Sinne; die Aufwendungen des Versicherten für den Selbstbehalt werden somit nicht erstattet.</p> <p>Hat der Versicherte die Möglichkeit, einen anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge) in Anspruch zu nehmen, ist die Generali nicht leistungspflichtig, soweit die Aufwendungen vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger umfasst sind.</p> <p>Mit dem Erstattungsantrag sind stets Nachweise über die Höhe der Vorleistung der GKV und ggf. weiterer Kostenträger zu erbringen.</p>
A 8 Berücksichtigung von Leistungen anderer privater Versicherer und sonstiger Dritter	<p>Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete gehen den Ansprüchen gegen die Generali grundsätzlich vor (Subsidiarität).</p> <p>Dennoch steht es dem Versicherten frei, ob er seine Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete oder gegen die Generali geltend macht. Um der Generali einen Rückgriff gegen andere Erstattungsverpflichtete zu ermöglichen, sind Versicherungsnehmer und versicherte Personen verpflichtet, ihre Ansprüche gegen die anderen Erstattungsverpflichteten an die Generali abzutreten. Dies gilt nur, soweit die Generali Leistungen erbracht hat.</p>
A 9 Bereicherungsverbot	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>
A 10 Zeitliche Zuordnung von Leistungen	<p>Die von den Behandelnden erbrachten Leistungen werden bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistungen dem Zeitpunkt zugeordnet, in dem die Leistungen vom Behandelnden erbracht oder vom Versicherten bezogen oder in Anspruch genommen worden sind. Dies ist beispielsweise relevant bei vereinbarten Höchstsummen (B 1, E 3) und der Zahnstaffel (E 1). Wann die Rechnung gestellt oder bei der Generali eingereicht worden ist, ist für die zeitliche Zuordnung nicht entscheidend.</p>
A 11 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel	<p>Sieht bei einem Tarifwechsel der Zieltarif bei einzelnen Versicherungsleistungen eine summenmäßige Begrenzung für einen Zeitraum vor, werden die im bisherigen Tarif für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen auf die entsprechenden Leistungen im Zieltarif angerechnet.</p>
A 12 Leistungsausschlüsse	<p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle einschließlich der jeweiligen Folgen, die</p> <ul style="list-style-type: none"> – durch Kriegseignisse verursacht worden sind. Im Ausland gilt dieser Leistungsausschluss nur dann, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. – als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind – vorsätzlich selbst herbeigeführt worden sind

Keine Leistungspflicht besteht außerdem bei:

- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung
- Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme von Anschlussheilbehandlungen)
- Entwöhnungsmaßnahmen

A 13 Auskunftsrechte

Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen

Bei Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR übersteigen werden, kann der Versicherungsnehmer vor Beginn der Behandlung in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen.

Die Generali muss die Auskunft innerhalb von vier Wochen erteilen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, muss die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Anfrage bei der Generali.

Die Generali muss ihre Auskunft begründen und dabei auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen eingehen. Erteilt die Generali die Auskunft nicht fristgerecht, wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen

Die Generali ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die sie bei der Prüfung ihrer Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung der Generali eingeholt, hat die Generali die entstandenen Kosten zu erstatten.

B Tarif BusinessVorsorgeAF: Versicherungsleistungen bei ambulanter Vorsorgeuntersuchung

Der Tarif BusinessVorsorgeAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und F sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/BZV-AF 2017).

Erstattungsfähig nach Tarif BusinessVorsorgeAF sind bei ambulanter Heilbehandlung die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen. Zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers sind nach Tarif BusinessVorsorgeAF nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang Tarif BusinessVorsorgeAF
<p>B 1 Vorsorgeuntersuchungen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu zählen beispielsweise nachfolgend aufgeführte Untersuchungen:</p> <ul style="list-style-type: none">– ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. In der GKV vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Diagnosebeschränkungen finden keine Anwendung.– Krebsfrüherkennung (z. B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, PSA-Test)– Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Großer Gesundheits-Check, Schilddrüsen-Check, Hirnleistungs-Check, Untersuchung des Herzinfarkt-Risikos, Glaukomvorsorge, Diagnostik einer altersabhängigen Makuladegeneration, Osteoporose-Früherkennung, Schlaganfall-Check, HIV-Test)– Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Neugeborenen-Audio-Check, Schielvorsorge, zusätzliche Gesundheits-Checks U10, U11, J2, Fettstoffwechselforsorge)– Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft (z. B. Triple-Test, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, Nackentransparenzmessung) <p>Aufwendungen für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention (z. B. Rückengymnastik/Rückenschule, Raucherentwöhnungskurse, Ernährungsberatungskurse), Schutzimpfungen, stationäre Vorsorgemaßnahmen sowie Aufwendungen für Fitnessstudios und Sportvereine sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung für Aufwendungen nach B 1 beträgt insgesamt 400,00 EUR innerhalb eines Kalenderjahres.</p>

C Tarif BusinessStationärAF: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

Der Tarif BusinessStationärAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und F sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/BZV-AF 2017).

Erstattungsfähig nach Tarif BusinessStationärAF sind bei stationärer Heilbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (siehe A 3) die unter C 1 bis C 7 aufgeführten Aufwendungen.

Keine Leistungspflicht besteht bei:

- zahnärztlichen Leistungen
- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung
- Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme von Anschlussheilbehandlungen)
- Entwöhnungsmaßnahmen

Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang Tarif BusinessStationärAF
<p>C 1 Krankenhauswahl Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass ein Versicherter ein anderes nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus (Universitäts-/ Hochschulklinik, Plankrankenhaus, Krankenhaus mit GKV-Versorgungsvertrag) als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählt. Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.</p>	100 %
<p>C 2 Wahlärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung).</p>	100 %
<p>C 3 Belegärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für belegärztliche Leistungen.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
<p>C 4 Zweibettzimmer Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Unterkunft im Einbettzimmer werden die Aufwendungen erstattet, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären.</p>	100 %
<p>C 5 Einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine unmittelbar vor bzw. nach der leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung durch den Chef- oder Belegarzt.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
<p>C 6 Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
<p>C 7 Anschlussheilbehandlung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen im Umfang von C1 bis C 6 für eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung, die nicht ambulant durchgeführt werden kann. Die Generali empfiehlt, die Frage der Kostenerstattung vor Beginn der Anschlussheilbehandlung zu klären. So kann verhindert werden, dass ein Versicherter die Kosten unerwartet selbst übernehmen muss.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung eines anderen Kostenträgers (siehe A 7)

D Tarif BusinessUnfallAF: Versicherungsleistungen bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung

Der Tarif BusinessUnfallAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und F sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/BZV-AF 2017).

Erstattungsfähig nach Tarif BusinessUnfallAF sind bei stationärer Heilbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (siehe A 3) die unter D 1 bis D 7 aufgeführten Aufwendungen.

1. Unfalldefinition

Ein Unfall liegt vor, wenn

- a) die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder
- b) durch erhöhte Kraftanstrengungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrissen oder gezerrt werden.

2. Leistungsausschlüsse

2.1 Kein Versicherungsschutz besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Folgen.

2.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die ursächlich

- a) auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch der versicherten Person beruhen.
- b) auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.
- c) im Zusammenhang mit Sportarten stehen, welche die versicherte Person als Profisportler oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit betreibt.
- d) auf der Ausübung folgender Sportarten beruhen:
Skispringen, Drachenfliegen, Free Climbing, Motorrennsport, Boxen, Kick- oder Thaiboxen, Vollkontakt-Karate, Rugby oder American Football.

2.3 Kein Versicherungsschutz besteht ferner bei:

- a) Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/ -bissen sowie Zeckenbissen
- b) Bauch- oder Unterleibsbrüche
- c) Schäden an Bandscheiben
- d) Nahrungsmittelvergiftungen

2.4 Kein Versicherungsschutz besteht außerdem bei:

- a) zahnärztlichen Leistungen
- b) Kur- oder Sanatoriumsbehandlung
- c) Rehabilitationsmaßnahmen (mit Ausnahme von Anschlussheilbehandlungen)
- d) Entwöhnungsmaßnahmen

Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang Tarif BusinessUnfallAF
<p>D 1 Krankenhauswahl Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass ein Versicherter ein anderes nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus (Universitäts-/ Hochschulklinik, Plankrankenhaus, Krankenhaus mit GKV-Versorgungsvertrag) als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählt. Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.</p>	100 %
<p>D 2 Wahlärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung).</p>	100 %
<p>D 3 Belegärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für belegärztliche Leistungen.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
<p>D 4 Zweibettzimmer Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Unterkunft im Einbettzimmer werden die Aufwendungen erstattet, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären.</p>	100 %

<p>D 5 Einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine unmittelbar vor bzw. nach der leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung durch den Chef- oder Belegarzt.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
<p>D 6 Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
<p>D 7 Anschlussheilbehandlung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen im Umfang von D 1 bis D 6 für eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung, die nicht ambulant durchgeführt werden kann. Die Generali empfiehlt, die Frage der Kostenerstattung vor Beginn der Anschlussheilbehandlung zu klären. So kann verhindert werden, dass ein Versicherter die Kosten unerwartet selbst übernehmen muss.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung eines anderen Kostenträgers (siehe A 7)</p>

E Tarif BusinessZahnAF: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif BusinessZahnAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und F sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/BZV-AF 2017).

Erstattungsfähig nach Tarif BusinessZahnAF sind bei zahnärztlicher Behandlung die unter E 1 bis E 3 aufgeführten Aufwendungen unter Berücksichtigung der Regelungen zur Zahnstaffel.

Zahnstaffel

Der Erstattungsumfang für alle unter E 1 aufgeführten Aufwendungen wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif BusinessZahnAF begrenzt, und zwar:

- im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000,00 EUR
- in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000,00 EUR
- in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,00 EUR
- in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000,00 EUR
- in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000,00 EUR

Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif BusinessZahnAF, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.

Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif BusinessZahnAF wird die Vorversicherung nicht angerechnet.

	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang Tarif BusinessZahn3AF	Erstattungsumfang Tarif BusinessZahn2AF	Erstattungsumfang Tarif BusinessZahn1AF
E 1	<p>Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar sowie für zahntechnische Leistungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) im Zusammenhang mit Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne für diese Maßnahmen.</p>	<p>70 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 35 %.</p> <p>Besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung, beträgt der Erstattungssatz 35 %.</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsschnitten an den Aufwendungen, gilt die GKV-Vorleistung als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV.</p>	<p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 40 %.</p> <p>Besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung, beträgt der Erstattungssatz 40 %.</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsschnitten an den Aufwendungen, gilt die GKV-Vorleistung als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV.</p>	<p>90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 45 %.</p> <p>Besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung, beträgt der Erstattungssatz 45 %.</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsschnitten an den Aufwendungen, gilt die GKV-Vorleistung als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV.</p>

<p>E 2 Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar sowie für zahntechnische Leistungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen wie beispielsweise Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen, Wurzelbehandlungen) – parodontologische Leistungen – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) im Zusammenhang mit Zahnbehandlungen <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne für diese Maßnahmen.</p>	keine Leistung	<p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 40 %.</p> <p>Besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung, beträgt der Erstattungssatz 40 %.</p>	<p>90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 45 %.</p> <p>Besteht Versicherungsschutz im Rahmen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung, beträgt der Erstattungssatz 45 %.</p>
<p>E 3 Prophylaktische Leistungen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelung und Fluoridierung der Zahnoberflächen).</p>	keine Leistung	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV oder eines privaten Krankenversicherers</p> <p>Die tarifliche Höchstleistung beträgt 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>	<p>90 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV oder eines privaten Krankenversicherers</p> <p>Die tarifliche Höchstleistung beträgt 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>

F Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen, ob die für einzelne Leistungen geltenden tariflichen Erstattungshöchstbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Beträge können angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung	<p>(1) Allgemeines</p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.</p> <p>(2) Versicherungsfall</p> <p>Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none">– Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,– medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),– weitere im Tarif genannte Ereignisse.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	<p>Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/BZV-AF 2017), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, dem Gruppenversicherungsvertrag, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.</p>
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p>
§ 4 Wartezeiten	<p>Die Wartezeit beträgt grundsätzlich drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate.</p> <p>Die Wartezeit entfällt</p> <ul style="list-style-type: none">– bei unfallbedingter Behandlung,– für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird. <p>Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.</p>
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>

§ 6

Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten

(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Land besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Abweichende Vereinbarungen können getroffen werden.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz bleibt der Versicherer für Heilbehandlungen höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Alternativ kann der Versicherte gegen Zahlung eines Beitragszuschlags Erstattung auf ausländischem Kostenniveau wählen. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen. Das Wahlrecht muss vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz endet das Versicherungsverhältnis.

Leistungen des Versicherers

§ 7

Fälligkeit der Leistungen

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Sie müssen enthalten:

- den Namen und das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose),
- das Behandlungsdatum und
- Angaben der einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf die angewandte Gebührenregelung.

Besteht ein anderweitiger Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, können Rechnungen auch in Zweitschrift mit Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die erbrachten Leistungen vorgelegt werden.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Kundeninformation).

§ 8

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Leistungsempfänger

Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht dem Versicherungsnehmer zu.

Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.

Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt hat.

(2) Belege in Fremdwährung

Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Weist die versicherte Person durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat, gilt dieser Kurs.

(3) Überweisungs- und Übersetzungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein inländisches Konto; bei Überweisung auf ein ausländisches Konto können anfallende Gebühren mit den Leistungen verrechnet werden. Die Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9

Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

§ 10

Überschussbeteiligung (Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF)

Der Vorstand bestimmt für die Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

Beiträge

§ 11

Fälligkeit und Zahlungsweise

(1) Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist frühestens nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Gilt bei Erreichen eines neuen Lebensalters oder einer neuen tariflichen Altersgruppe ein anderer Beitrag, so ist dieser vom 1. des Folgemonats an zu zahlen.

(2) Lastschriftinzug

Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch den Versicherer, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(3) Sonstige Zahlungsweise

Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.

§ 12

Berechnung des Beitrags (alle Tarife außer BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF)

(1) Allgemeines

Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf versicherungsmathematischer Grundlage und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem Alter der versicherten Person. Für den Beitrag ist das jeweils erreichte Lebensalter bzw. die jeweils erreichte tarifliche Altersgruppe maßgeblich. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(2) Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt.

(3) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern

(4) Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag auf den Beitrag verlangen. Der Zuschlag bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(5) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 12a

Berechnung des Beitrags (Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF)

(1) Allgemeines

Die Berechnung der Beiträge in den Tarifen BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person.

Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 15. bzw. 21. Lebensjahres

Für Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

(3) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:

- der Tarif,
- das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person.

Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(5) Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag auf den Beitrag verlangen. Der Zuschlag bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(6) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 13

Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Rücktritt des Versicherers

Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(2) Leistungsfreiheit des Versicherers

Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

<p>§ 14 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug</p>	<p>(1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer auf Kosten des Versicherungsnehmers die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.</p>
	<p>(2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist und der Versicherungsnehmer hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen worden ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt.</p>

<p>§ 15 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung</p>	<p>Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt gemäß § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.</p>
--	---

Änderungen des Versicherungsvertrags

<p>§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag (alle Tarife außer BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF)</p>	<p>(1) Voraussetzungen Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend ist der Versicherer bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Versicherungsleistungen oder der Lebenserwartung berechtigt, den Beitrag entsprechend den berichtigten Rechnungsgrundlagen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die technischen Berechnungsgrundlagen überprüft und der Beitragsanpassung zugestimmt hat. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.</p> <p>(2) Wirksamwerden Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.</p>
---	---

<p>§ 16a Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag (Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF)</p>	<p>(1) Voraussetzungen Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer für die Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit der Tarife BusinessStationärAF und BusinessUnfallAF eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.</p>
---	--

(2) Verzicht auf eine Beitragsanpassung

Der Versicherer kann von einer Beitragsanpassung absehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(3) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 17

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 18

Versicherung von Neugeborenen, Adoption

(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Bei einer fristgerechten Anmeldung kann jeder Versicherungsschutz gewählt werden, der nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Dabei ist auch eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung möglich. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor der Geburt entstandenen Krankheiten und Anomalien sowie Geburtsschäden.

(2) Späterer Antrag/ Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wird der Versicherungsschutz nach Ablauf der Anmeldefrist nach Abs. 1 beantragt oder ist der beantragte Versicherungsschutz für das Neugeborene höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils, ist eine Risikoprüfung erforderlich.

(3) Adoption

Minderjährige adoptierte Kinder können entsprechend Abs. 1 angemeldet werden. Besteht ein erhöhtes Risiko, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Im Übrigen steht die Adoption der Geburt gleich.

(4) Zurechnung der Aufwendungen für das Neugeborene

Die Aufwendungen für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung des gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 19 Allgemeines	Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in den §§ 20-22 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.
§ 20 Einzelne Obliegenheiten	<p>(1) Erteilung von Auskünften Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.</p> <p>(2) Ärztliche Untersuchung Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherer.</p> <p>(3) Schadenminderung Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.</p> <p>(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.</p> <p>(5) Änderung von Name oder Anschrift Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.</p> <p>(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Darüber hinaus kann der Versicherer bei Verletzung der Obliegenheit nach Abs. 4 unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.</p>
§ 21 Ersatzansprüche gegen Dritte	<p>(1) Abtretung Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an den Versicherer schriftlich abzutreten.</p> <p>(2) Mitwirkung Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.</p> <p>(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2 wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.</p>
§ 22 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer	Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 VVG entsprechend anzuwenden.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 23 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	<p>(1) Vertragsdauer Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.</p> <p>(2) Berechnung des Versicherungsjahrs Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.</p>
§ 24 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	<p>(1) Ordentliche Kündigung Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p> <p>(2) Vertraglich geregelte Beitragsänderung Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.</p> <p>(3) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert er seine Leistung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.</p> <p>(4) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.</p> <p>(5) Fortführung als Anwartschaftsversicherung Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.</p>
§ 25 Kündigung durch den Versicherer	<p>(1) Ordentliche Kündigung Der Versicherer verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung der Versicherung.</p> <p>(2) Außerordentliche Kündigung Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p>
§ 26 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	<p>(1) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p>

(2) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherer

Wird eine Krankheitskostenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, haben die versicherten Personen das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Der Versicherer hat die versicherten Personen in Textform über die Kündigung und das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären, zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von dem Fortsetzungsrecht erlangt hat.

(3) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(5) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

Weitere Regelungen

§ 27 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
§ 28 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
§ 29 Gerichtsstand	<p>(1) Klagen des Versicherungsnehmers</p> <p>Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden.</p> <p>(2) Klagen des Versicherers</p> <p>Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen des Versicherers – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz</p> <p>Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.</p>
§ 30 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 31**Verjährung****(1) Verjährungsfrist**

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe