

Generali Deutschland Krankenversicherung AG

Deutschland

BusinessVorsorgeAF

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif BusinessVorsorgeAF. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/BZV-AF 2017), dem Tarif BusinessVorsorgeAF, dem Versicherungsantrag bzw. der Fortführungs-erklärung 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 oder privaten Krankenversicherungs-schutzes.



Was ist versichert?



100 % der nach einer Vorleistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen wie zum Beispiel:

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. In der gesetzlichen Krankenversicherung 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, Schiellvorsorge, zusätzliche Gesundheits-Checks U10, U11, J2, Fettstoffwechselvorsorge)
- Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft (z. B. Triple-Test, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, Nackentransparenzmessung)

Es besteht eine summenmäßige Begrenzung für alle vorgenannten Aufwendungen.



Ärztliche Aufwendungen sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig



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.



Bei bestimmten Behandlungen sind Sie verpflichtet, vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage vom Versicherer einzuholen.



Wo bin ich versichert?



Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.



Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.



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



Welche Verpflichtungen habe ich?



Die im Antrag gestellten Fragen 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.



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.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.



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 Änderungsmitteilung außerordentlich kündigen.