

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Deutschland

B, BA

Mit diesem Informationsblatt geben wir Ihnen einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in den Tarifen B und BA. Diese Informationen sind nicht abschließend. Alle Einzelheiten zu Ihrem Vertrag finden Sie in folgenden Unterlagen: dem Tarif B und BA, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013), Ihrem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Sie und Ihr Ehe- oder Lebenspartner können sich in den Tarifen B/BA versichern, wenn Sie Anspruch auf Beihilfe haben. Beamtenanwärter im Vorbereitungsdienst und deren Ehe- oder Lebenspartner können sich in der Tarifvariante BA versichern, wenn sie jünger als 39 Jahre sind. Im Tarif BA werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Die Tarife B und BA sind eine Restkostenversicherung und ergänzen die Beihilfe. Die Versicherung übernimmt die Kosten für Behandlungen von Krankheiten in Höhe des von Ihnen gewählten Prozentsatzes. Wenn sich Ihr Anspruch auf Beihilfe ändert, haben Sie das Recht, Ihren Versicherungsschutz zu ändern.



Was ist versichert?

- ✓ Die Tarife B und BA bieten den gleichen Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Zu den anderen Ereignissen gehören z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Schwangerschaft und Entbindung.
- ✓ **ambulant:** Kosten für ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Heilpraktikerleistungen, Hebammenleistungen, Psychotherapie*, Kinderwunschbehandlung*, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel*, Sehhilfen*, weitere Hilfsmittel, Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen*, Transport bei ambulanter Behandlung, häusliche Behandlungspflege, Soziotherapie*
- ✓ **stationär:** Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, belegärztliche Leistungen, chefärztliche Leistungen, Hebammenleistungen, Unterbringung im Zweisbettzimmer, Begleitperson im Krankenhaus für Versicherte bis zum 18. Geburtstag, Transport zum und vom Krankenhaus, Bergungskosten*
- ✓ **Zahn:** Kosten für Zahnbehandlung und -vorsorge (Prophylaxe), Zahnersatz, einschließlich Implantate, Zahnkronen und Inlays, sowie Kieferorthopädie mit Altersbeschränkung, Zusatzleistung für zahntechnische Leistungen wie Material- und Laborkosten. In den ersten fünf Kalenderjahren gelten Höchstbeträge für die Erstattung.
- ✓ Kosten für ambulante und stationäre Anschlussheilbehandlung, Entwöhnungsmaßnahmen*, Rehabilitation oder Kurbehandlung* sowie Hospizleistungen*
- ✓ Kosten für Rücktransport, Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder* bei Auslandsreisen, im Todesfall Überführung oder Bestattung im Ausland*
- ✓ Erstattung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), bei stationärem Aufenthalt und wirksamer Honorarvereinbarung auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus

* Für diese Leistungen gelten Höchstbeträge für die Erstattung oder andere Begrenzungen.

- ✓ Wie hoch ist die Erstattung in den Tarifstufen?

Tarif	Für	Tarifstufe	Erstattung
B	Beamte sowie ihre Ehe- oder Lebenspartner	B50	50 %
		B30	30 %
		B10	10 %
		BK20	20 %
		BG5	5 %
	Kinder von Beamten o. Beamtenanwärtern	B10	10 %
		B20	20 %
BA	Beamtenanwärter sowie ihre Ehe- oder Lebenspartner	BA50	50 %
		BA30	30 %
		BAG5	5 %

✓ **Wichtig:** In Hessen gelten andere Vorgaben für Beihilfe. Die Tarife für Hessen heißen BH30 statt B30 und BHA30 statt BA30. In den Tarifen BH30 und BHA30 erstatten wir für stationäre Heilbehandlung 15 % statt 30 % der Kosten.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Medizinisch nicht notwendige Behandlungen, z. B. kosmetische Behandlungen
- ✗ Behandlungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen
- ✗ Behandlungen, bei denen die Kosten auffällig viel höher sind, als bei den erbrachten Leistungen zu erwarten wäre
- ✗ Alternative Behandlungsmethoden, die sich nicht praktisch bewährt haben und nicht allgemein anerkannt sind
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! In Ihrem Tarif erstatten wir bestimmte versicherte Leistungen mit Höchstbeträgen oder Sie zahlen einen Eigenanteil.
- ! Bei einigen Behandlungen müssen Sie vor Beginn der Behandlung unsere schriftliche Zusage haben, welche Kosten wir übernehmen. Sonst erstatten wir keine Kosten.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie sind in folgenden Ländern versichert, wenn Sie dort Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben:
 - In den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU)
 - In den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)
 - In der Schweiz
- ✓ Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt sind Sie während der ersten zwölf Monate weltweit versichert.
- ✓ Sie sind nicht mehr versichert, wenn Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz verlegen. Der Vertrag endet dann.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antrag richtig und vollständig beantworten.
- Sie müssen uns informieren, wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag mitversicherte Person eine eigene Krankenversicherung abschließt. Das gilt beim Eintritt in die gesetzliche Krankenversicherung oder bei einer anderen privaten Vollversicherung.
- In manchen Fällen brauchen wir Ihre Unterstützung, um Ihre Kosten schnell zu erstatten. Ggf. muss die versicherte Person ihren Arzt oder Therapeuten von der Schweigepflicht entbinden. Nur dann können wir die nötigen Informationen einholen. Oder wir bitten die versicherte Person, sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Sie können eine andere Zahlweise mit uns vereinbaren: vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich.
- Den ersten Beitrag müssen Sie innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt Ihres Versicherungsscheins zahlen. Falls Sie etwas anderes mit uns vereinbart haben, gilt das.
- Sie müssen Ihre Beiträge zahlen, solange Sie bei uns versichert sind.
- Wenn Sie Ihren Beitrag zu spät zahlen, müssen Sie ggf. Mahnkosten zahlen. Verspätete Zahlungen können weitere

schwerwiegende Folgen haben. Unter bestimmten Umständen müssen wir Ihren Versicherungsschutz einschränken. Dann dürfen wir nur Kosten für Behandlungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft übernehmen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem Termin, der in Ihrem Versicherungsschein steht. Erst wenn Sie den Versicherungsschein erhalten, ist unser Vertrag mit Ihnen geschlossen. Hatten Sie keine nahtlose Vorversicherung in Deutschland? Dann gelten für Sie die Wartezeiten in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Leistungen aus Ihrem Tarif erhalten Sie erst nach Ablauf der Wartezeiten.
- Wenn ein Versicherungsfall vor Beginn des Versicherungsschutzes eintritt, leisten wir nicht.
- Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Ihr Vertrag hat eine Mindestlaufzeit von zwei Versicherungsjahren. Das erste Versicherungsjahr endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Versicherung beginnt. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.
- Sie können Ihren Vertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens zum Ende der Mindestlaufzeit. Sie haben eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Wenn sich die Beiträge für eine versicherte Person durch eine Beitragsanpassung erhöhen, können Sie diesen Teil des Vertrags außerordentlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt zwei Monate. Sie beginnt, wenn Sie die Information zur Beitragserhöhung erhalten haben.
- Wichtig: In Deutschland muss jeder krankenversichert sein. Das müssen wir sicherstellen. Wir sind dazu gesetzlich verpflichtet. Die neue Krankenversicherung muss nahtlos an Ihre gekündigte Versicherung anschließen. Sie müssen uns den Nachweis Ihrer neuen Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung schicken. Ansonsten ist Ihre Kündigung unwirksam. Ihr Vertrag bei uns läuft dann weiter.