

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Deutschland

bKV-BudgetAF

Mit diesem Informationsblatt geben wir Ihnen einen ersten Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif bKV-BudgetAF. Diese Informationen sind nicht abschließend. Alle Einzelheiten zum Vertrag finden Sie in folgenden Unterlagen: dem Tarif bKV-BudgetAF und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Der Tarif bKV-BudgetAF ist eine Versicherung für verschiedene Zusatzleistungen (z.B. Heilpraktiker, Sehhilfen). Damit ergänzen Sie Ihren Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder privaten Krankenversicherung (PKV).



Was ist versichert?

- ✓ 100 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen
 - nach gesetzlichen eingeführten Programmen (ohne Alters- und Intervallgrenzen)
 - zur Krebsfrüherkennung
 - zum Check von z. B. Schilddrüse, Herz, Augen, Knochen (Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen)
 - für Kinder und Jugendliche (z. B. Fettstoffwechselvorsorge)
 - in der Schwangerschaft
- ✓ 100 % der Kosten für Präventionskurse gemäß § 20 SGB V (z. B. Raucherentwöhnungskurse, Rückenkurse)
- ✓ 100 % der Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Reiseschutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts empfohlen werden.
- ✓ 100 % der Kosten für eine Sehhilfe. Maximal werden 200,00 EUR je Kalenderjahr erstattet.*
- ✓ 100 % der Kosten für eine Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z. B. Lasik)
- ✓ 100 % der Kosten für Hörgeräte
- ✓ 100 % der Kosten für Heilpraktikerleistungen und alternative Medizin und Naturheilverfahren durch Ärzte
- ✓ Ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10,00 EUR je Krankenhaustag
- ✓ 100 % der Kosten für eine Zahnprophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung). Maximal werden 100,00 EUR je Kalenderjahr erstattet.*

Wenn Sie eine Vorleistung der GKV oder PKV erhalten, rechnen wir diese auf die tarifliche Leistung an.

Gebührenordnung

- ✓ Ärztliche und zahnärztliche Honorare werden bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattet.

Die jährliche Höchsterstattung ist abhängig von der versicherten Tarifstufe, siehe „Deckungsbeschränkungen“.



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 die nicht allgemein anerkannt sind
- ✗ Behandlungen durch Ehegatten oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder (Sachkosten sind erstattungsfähig)



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! In Ihrem Tarif erstatten wir die versicherten Leistungen bis zur Höchsterstattung je Tarifstufe. Dadurch können Ihnen Eigenanteile entstehen.

Tarifstufe	Höchsterstattung je Kalenderjahr
bKV-Budget300	300,00 EUR
bKV-Budget600	600,00 EUR
bKV-Budget900	900,00 EUR
bKV-Budget1200	1.200,00 EUR
bKV-Budget1500	1.500,00 EUR

* Die Erstattung kann wegen der Höchsterstattung der gewählten Tarifstufe (vgl. Tabelle) geringer sein.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie sind in folgenden Ländern versichert:
 - 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.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen uns Änderungen der Anschrift oder des Namens so schnell wie möglich mitteilen.
- Sie müssen uns informieren, wenn Sie oder eine in Ihrem Vertrag mitversicherte Person eine weitere Zusatzversicherung bei einem anderen Versicherer abschließt.
- In manchen Fällen brauchen wir Ihre Unterstützung, um Ihre Kosten schnell zu erstatten. Möglicherweise müssen Sie Ihren Arzt, Zahnarzt oder Therapeuten von der Schweigepflicht entbinden. Nur dann können wir die nötigen Informationen einholen. Oder wir bitten Sie, sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen zu 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 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, verlieren Sie ggf. Ihren Versicherungsschutz und müssen Mahnkosten zahlen.



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.
- Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit.
- Wir leisten grundsätzlich auch bei bereits vor Versicherungsbeginn eingetretenen Versicherungsfällen für Untersuchungen und Behandlungen, die nach Versicherungsbeginn stattfinden.



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 Versicherungsjahrs 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, nachdem Sie die Information zur Beitragserhöhung erhalten haben.