

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Deutschland

bKV-StationärAF

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Der Tarif bKV-StationärAF ist eine Versicherung mit Leistungen bei einem Aufenthalt im Krankenhaus. Damit ergänzen Sie Ihren Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).



Was ist versichert?

- ✓ 100 % der Kosten für:
 - Allgemeine Krankenhausleistungen, die zusätzlich anfallen, weil Sie ein anderes GKV-Krankenhaus wählen als das in der ärztlichen Einweisung genannte.
 - Krankentransport zum und vom Krankenhaus
 - Transport und die Unterbringung für einen Tag oder eine Nacht bei ambulanten Operationen. Es gilt ein Höchstbetrag für die Erstattung.
 - Bergungskosten. Es gilt ein Höchstbetrag für die Erstattung.
 - Gesondert berechnete chefärztliche oder belegärztliche Leistungen
 - Gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
 - Familienzimmer bei einer Entbindung
 - Einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung
 - Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß Paragraf 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
 - Grundgebühr für Telefon, TV und Internet im Krankenhaus
 - Transport im Krankenwagen oder Fahrt bei Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands
 - Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson eines versicherten Kindes im Krankenhaus

Sie verzichten auf die Erstattung gesondert berechneter ärztlicher Leistungen oder auf die Erstattung einer gesondert berechneten Unterbringung im Einbett-, Zweibett- und Familienzimmer? Dann zahlen wir Ihnen ein Ersatz-Krankenhaustagegeld.

- ✓ 50 % der Kosten für ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen

Wichtig: Wenn die GKV eine Vorleistung erbringt, rechnen wir diese auf unsere tarifliche Leistung an.

Gebührenordnung

- ✓ Bei einer wirksamen Honorarvereinbarung erstatten wir das ärztliche Honorar auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.



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 bestimmte versicherte Leistungen nur bis zu Höchstbeträgen oder bis zu einem bestimmten Prozentsatz. Dadurch zahlen Sie einen Eigenanteil.
- ! Bei einigen Behandlungen müssen Sie vor Beginn der Behandlung unsere schriftliche Zusage haben, welche Kosten wir übernehmen. Andernfalls erstatten wir keine Kosten.



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.
- Die Versicherung in der GKV ist eine Voraussetzung für den Tarif. Personen, die nicht in der GKV versichert sind, erhalten keine Leistungen aus dem Tarif. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie nicht mehr in der GKV versichert sind.



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, nachdem Sie die Information zur Beitragserhöhung erhalten haben.
- Wenn Sie nicht mehr in der GKV versichert sind, endet der Tarif. Sie müssen uns das Ende der Versicherung in der GKV innerhalb von zwei Monaten nachweisen.