

# Inhaltsverzeichnis



BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG FÜR ANGEHÖRIGE UND FORTFÜHRER

## Business+AF

	Seite
Präambel.....	2
A Allgemeine Regelungen .....	3
B Tarif bKV-VorsorgeAF: Versicherungsleistungen bei Vorsorge und Schutzimpfungen .....	6
C Tarif bKV-StationärAF: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung .....	7
D Tarif bKV-StationärUnfallAF: Versicherungsleistungen bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung .....	9
E Tarif bKV-ZahnAF: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	11
F Tarif bKV-ZahnprophylaxeAF: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Vorsorge .....	12
G Tarif bKV-BudgetAF: Versicherungsleistungen bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Behandlung.....	13
H Dynamisierung.....	15

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/bKV-AF 2022)

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

## Präambel

### Betriebliche Krankenversicherung

Der Business+AF 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 eines Unternehmens, die aus der arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Tarifen des Business+ ausscheiden.

Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

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

Tarif	Wichtigste Leistungen
bKV-VorsorgeAF	Vorsorge und Schutzimpfungen
bKV-StationärAF	Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus
bKV-StationärUnfallAF	Nach einem Unfall: Chefarztbehandlung und Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus
bKV-Zahn70AF bKV-Zahn80AF bKV-Zahn90AF	Zahnersatz und Zahnbehandlung
bKV-ZahnprophylaxeAF	Zahnprophylaxe
bKV-Budget300AF bKV-Budget600AF bKV-Budget900AF bKV-Budget1200AF bKV-Budget1500AF	Vorsorge, Schutzimpfungen, Sehhilfen, Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte, Krankenhaustagegeld und Zahnprophylaxe

### Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig in die Tarife aus Business+AF sind

- Partner von Beschäftigten eines Unternehmens, die nach Tarifen des Business+ versichert sind. Als Partner gelten Ehepartner, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung und in häuslicher Gemeinschaft lebende nicht-eheliche Partner. Die Aufnahme muss innerhalb von 6 Monaten beantragt werden. Die Frist beginnt mit dem Versicherungsbeginn für den Beschäftigten in der arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Business+ bzw. bei späterem Hinzukommen des Partners mit erstmaligem Vorliegen aller Voraussetzungen für die Aufnahmefähigkeit.
- die Kinder des Beschäftigten bzw. Partners, solange ein Elternteil kindergeldberechtigt ist. Die Aufnahme muss innerhalb von 6 Monaten beantragt werden. Die Frist beginnt mit dem Versicherungsbeginn für den Beschäftigten in der arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Business+ bzw. mit der Geburt oder Adoption des Kindes.
- Beschäftigte eines Unternehmens, die aus einer arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung nach Business+ ausscheiden. Die Aufnahme muss innerhalb von 3 Monaten nach dem Ausscheiden aus der arbeitgeberfinanzierten Krankenversicherung beantragt werden. Die Versicherung im Business+AF muss sich nahtlos an das Ende der Versicherung im Business+ anschließen.

Bei Wegfall der Aufnahmefähigkeit endet die Versicherung nicht, sofern weiterhin Versicherungsfähigkeit besteht.

### Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den Tarifen der betrieblichen Krankenversicherung Business+AF sind Personen, die Mitglied bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder dort im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen haben. Versicherungsfähig sind auch Personen, die in Deutschland einen der GKV gleichartigen Anspruch haben.

In den Tarifen bKV-VorsorgeAF, bKV-Zahn70AF, bKV-Zahn80AF, bKV-Zahn90AF, bKV-ZahnprophylaxeAF, bKV-Budget300AF, bKV-Budget600AF, bKV-Budget900AF, bKV-Budget1200AF und bKV-Budget1500AF sind darüber hinaus auch Personen versicherungsfähig, für die eine private Krankheitskostenvollversicherung bei einem Unternehmen der deutschen privaten Krankenversicherung besteht. In den Tarifen bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF sind diese Personen nicht versicherungsfähig.

Nach Tarif bKV-ZahnprophylaxeAF sind nur Personen versicherungsfähig, für die Versicherungsschutz nach mindestens einem weiteren Tarif aus Business+AF besteht.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit die Versicherung. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Generali innerhalb eines Monats in Textform anzugeben.

## A Allgemeine Regelungen

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem gewählten Tarif aus Business+AF und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Die nachfolgenden Allgemeinen Regelungen gelten für die im Tarif jeweils versicherten Leistungen.

A 1	Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker	<b>Ärzte und Zahnärzte</b>
		<p>Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen.</p>
		<b>Heilpraktiker</b>
		<p>Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes mit Ausnahme von Heilpraktikern, die ausschließlich eine beschränkte Heilpraktikerlaubnis für den Bereich Psychotherapie haben.</p>
A 2	Leistungseinschränkungen bei bestimmten Behandelnden	<b>Keine Leistungspflicht besteht für</b>
		<ul style="list-style-type: none"><li>– Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.</li><li>– Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kinder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.</li></ul>
A 3	Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	<p>Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in A 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet werden. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.</p>
		<p>Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung von einem Optiker bezogen werden, wenn dieser vorher eine Refraktionsbestimmung durchgeführt hat.</p>
		<p>Als Arzneimittel gelten auch enterale und parenterale Ernährung.</p>
		<p>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.</p>
A 4	Behandlung im Krankenhaus	<p>Krankenhäuser im Sinne der betrieblichen Krankenversicherung Business+AF sind:</p>
		<ul style="list-style-type: none"><li>– bei stationärer Heilbehandlung: Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind (Universitäts-/Hochschulklinik, Plankrankenhaus, Krankenhaus mit GKV-Versorgungsvertrag),</li><li>– bei Anschlussheilbehandlung: Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V und Rehabilitationseinrichtungen, die nach § 111 SGB V zugelassen sind.</li><li>– bei Rehabilitationsmaßnahmen: Rehabilitationseinrichtungen, die nach § 111 SGB V zugelassen sind.</li></ul>
		<p>Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den vorgenannten Krankenhäusern.</p>
A 5	Leistungseinschränkungen bei Behandlung im Krankenhaus	<b>Keine Leistungspflicht besteht für</b>
		<ul style="list-style-type: none"><li>– Behandlungen in Krankenhäusern (siehe A 4), deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Dies gilt nur, wenn der Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt worden ist. Erfolgt die Benachrichtigung erst nach Beginn der stationären Behandlung, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.</li><li>– eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.</li></ul>

A 6 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	<p><b>Schulmedizin</b></p> <p>Die Generali leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.</p> <p><b>Alternative Medizin / Naturheilverfahren</b></p> <p>Die Generali leistet darüber hinaus für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie schulmedizinische Methoden oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen und</li> <li>– Behandlungsmethoden, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker enthalten sind, einschließlich der verordneten Arzneimittel.</li> </ul> <p>Bei Methoden aus dem Bereich alternative Medizin / Naturheilverfahren kann die Generali jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>
A 7 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	<p>Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) entsprechen.</p> <p>Aufwendungen für 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 bKV-StationärAF, bKV-StationärUnfallAF und bKV-Zahn90AF 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. Gibt es in einem Land keine Abrechnungsbestimmungen, sind die Aufwendungen in ortsüblicher Höhe erstattungsfähig. Abweichende Regelungen gelten bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (vgl. § 6 Abs. 2 und 3 AVB/bKV-AF 2022).</p>
A 8 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 9 Berücksichtigung von Leistungen der GKV und anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger	<p>Leistungen der GKV werden als Vorleistung auf die tarifliche Leistung angerechnet. Dies gilt auch dann, wenn die Aufwendungen ganz oder teilweise in einen mit der GKV gemäß § 53 SGB V vereinbarten Selbstbehalt fallen.</p> <p>Hat die versicherte Person 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>Haben die GKV oder andere öffentlich-rechtliche Kostenträger eine Vorleistung erbracht, sind mit dem Erstattungsantrag stets Nachweise über die Höhe der erhaltenen Vorleistung zu erbringen.</p>
A 10 Berücksichtigung von Leistungen anderer Erstattungsverpflichteter (private Krankenversicherer und sonstige Dritte)	<p>Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete gehen den Ansprüchen gegen die Generali grundsätzlich vor (Subsidiarität). Dies gilt auch dann, wenn im Verhältnis zu diesen anderen Erstattungsverpflichteten ebenfalls Subsidiarität vereinbart ist.</p> <p>Dennoch steht es der versicherten Person frei, ob sie ihre 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, soweit die Generali Leistungen erbracht hat.</p> <p>Haben ein anderer privater Krankenversicherer oder sonstiger Dritter eine Vorleistung erbracht, sind mit dem Erstattungsantrag stets Nachweise über die Höhe der erhaltenen Vorleistung zu erbringen. Als Vorleistung gelten dabei auch Aufwendungen, die ganz oder teilweise in einen mit dem privaten Krankenversicherer oder sonstigen Dritten vereinbarten Selbstbehalt fallen.</p>
A 11 Gesamterstattung bei mehreren Kostenträgern (Bereicherungsverbot)	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>

<b>A 12 Zeitliche Zuordnung von Leistungen</b>	Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugeordnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und -einreichung sind für die zeitliche Zuordnung nicht entscheidend.
<b>A 13 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel</b>	Wechselt die versicherte Person unterjährig innerhalb der Krankheitskostenversicherung der Generali in einen Tarif aus Business+AF oder innerhalb der Tarife aus Business+AF, gilt Folgendes: Bei Versicherungsleistungen, die im neuen Tarif eine Höchsterstattung je Kalenderjahr vorsehen, werden die im bisherigen Tarif für dieses Kalenderjahr erbrachten Leistungen auf diese Leistungen angerechnet.
<b>A 14 Allgemeine Leistungseinschränkungen und Leistungsausschlüsse</b>	<p><b>Kur-/Sanatoriumsbehandlung, Entwöhnungsmaßnahmen</b></p> <p>Keine Leistungspflicht besteht bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kur- oder Sanatoriumsbehandlung</li> <li>– Entwöhnungsmaßnahmen</li> </ul> <p><b>Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls</b></p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeiführt.</p> <p><b>Kriegsereignisse</b></p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Im Ausland gilt dieser Leistungsausschluss nur dann, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts für das Reisegebiet eine Reisewarnung ausgesprochen hat.</p> <p><b>Sanktionen und Embargos</b></p> <p>Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.</p>
<b>A 15 Auskunftsrechte</b>	<p><b>Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen</b></p> <p>Bei Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR übersteigen werden, kann die versicherte Person vor Beginn der Behandlung in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen.</p> <p>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.</p> <p>Die Generali muss ihre Auskunft begründen und dabei auf einen von der versicherten Person 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.</p> <p><b>Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen</b></p> <p>Die Generali ist verpflichtet, auf Verlangen 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.</p> <p>Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch 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.</p> <p>Hat die versicherte Person das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung der Generali eingeholt, hat die Generali die entstandenen Kosten zu erstatten.</p>

## B Tarif bKV-VorsorgeAF: Versicherungsleistungen bei Vorsorge und Schutzimpfungen

Der Tarif bKV-VorsorgeAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und H sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Erstattungsfähig nach Tarif bKV-VorsorgeAF sind die unter B 1 bis B 3 aufgeführten Aufwendungen. Zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers sind nach Tarif bKV-VorsorgeAF nicht erstattungsfähig.

### Berücksichtigung von Vorleistungen

Wenn die GKV, ein privater Krankenversicherer, ein anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger oder ein sonstiger Dritter eine Vorleistung erbracht haben (vgl. A 9 und A 10), wird diese auf die tarifliche Leistung angerechnet.

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
B 1	Vorsorgeuntersuchungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. In der GKV vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle finden keine Anwendung.</li><li>– Krebsfrüherkennung (z. B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, PSA-Test)</li><li>– 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)</li><li>– Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Neugeborenen-Audio-Check, Schielvorsorge, zusätzliche Gesundheits-Checks U10, U11, J2, Fettstoffwechselvorsorge)</li><li>– Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft (z. B. ErsttrimesterScreening, Nackentransparenzmessung, Ultraschalluntersuchungen)</li></ul> <p>Die Aufwendungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Untersuchung ausschließlich der Früherkennung von Krankheiten dient und ohne vorherigen Befund, Diagnose oder Krankheitsverdacht durchgeführt wird.</p>	Die Erstattung nach B 1 bis B 3 beträgt <b>insgesamt höchstens 400,00 EUR</b> je Kalenderjahr.
B 2	Präventionskurse	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung gemäß § 20 SGB V. Das sind zertifizierte Kurse z. B. zur Sucht-Prävention, Stress-Bewältigung und Bewegungsprogramme.</p> <p>Aufwendungen für Fitnessstudios und Sportvereine sind nicht erstattungsfähig.</p>	
B 3	Schutzimpfungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Reiseschutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlen werden.	

## C Tarif bKV-StationärAF: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

Der Tarif bKV-StationärAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und H sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Erstattungsfähig nach Tarif bKV-StationärAF sind bei stationärer Heilbehandlung einschließlich stationärer Psychotherapie, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch in einem Krankenhaus (siehe A 4) die unter C 1 bis C 14 aufgeführten Aufwendungen.

Aufwendungen für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Generali vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Die vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt, die nicht ambulant durchgeführt werden kann. Die Generali empfiehlt, auch bei einer Anschlussheilbehandlung die Frage der Kostenerstattung vorab mit der Generali zu klären.

Keine Leistungspflicht besteht bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung einschließlich einer in diesem Zusammenhang durchgeführten kieferchirurgischen Behandlung.

### Berücksichtigung von Vorleistungen

Wenn die GKV, ein privater Krankenversicherer, ein anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger oder ein sonstiger Dritter eine Vorleistung erbracht haben (vgl. A 9 und A 10), wird diese auf die tarifliche Leistung angerechnet.

Bei der Leistung C 3.1 (50 % für ärztlichen Leistungen bei ambulanten Operationen) werden eventuelle Vorleistungen nicht angerechnet. Gemäß A 11 darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Auch bei dem Ersatzkrankenhaustagegeld (vgl. C 9) erfolgt keine Anrechnung eventueller Vorleistungen.

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
C 1	<b>Krankenhauswahl</b>	Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass eine versicherte Person ein anderes nach A 4 zugelassenes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählt.  Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.	100 %
C 2	<b>Kranken-transport</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zu und von einem Krankenhaus einschließlich der gesetzlichen Zuzahlung nach § 60 Abs. 2 SGB V. In medizinischen Notfällen sind diese Aufwendungen auch dann erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus nicht erfolgt.  Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Fahrten mit z. B. PKW, Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln.	100 %
C 3	<b>Ambulante Operationen</b>	Bei ambulanten Operationen sind die nachfolgend genannten Aufwendungen erstattungsfähig:	
	C 3.1 Ärztliche Leistungen	Aufwendungen für ärztliche Leistungen.	50 %
	C 3.2 Transport und Unterbringung	Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie Unterbringung außerhalb der Arztpaxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation.	100 %  Die Erstattung beträgt insgesamt höchstens 200,00 EUR je Operation
C 4	<b>Bergungskosten</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.  Diese Aufwendungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus nicht erfolgt.	100 %  Die Erstattung beträgt insgesamt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall
C 5	<b>Wahlärztliche Leistungen</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Wahlarztes (z. B. Chefarzt).	100 %
C 6	<b>Belegärztliche Leistungen</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Belegarztes.	100 %
C 7	<b>Ein- oder Zweibettzimmer</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.	100 %

<b>C 8</b>	<b>Familienzimmer</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Familienzimmer im Zusammenhang mit einer Entbindung. Voraussetzung ist, dass die entbindende Person nach Tarif bKV-StationärAF versichert ist.	<b>100 %</b>
<b>C 9</b>	<b>Ersatz-Krankenhaustagegeld</b>	In den nachfolgend genannten Fällen wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt:	
C 9.1 Verzicht auf ärztliche Leistungen	Bei Verzicht auf die Erstattung gesondert berechneter ärztlicher Leistungen nach C 5 und C 6 während des gesamten Krankenhausaufenthaltes.		<b>25,00 EUR</b> je Krankenhaustag Aufnahme- und Entlassungstag gelten zusammen als ein Tag
C 9.2 Verzicht auf Ein-/Zweibettzimmer und Familienzimmer	Bei Verzicht auf die Erstattung der gesondert berechneten Unterbringung nach C 7 und C 8.		<b>25,00 EUR</b> je Krankenhaustag Aufnahme- und Entlassungstag gelten zusammen als ein Tag
<b>C 10</b>	<b>Einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine unmittelbar vor bzw. nach der Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung durch den Wahl- oder Belegarzt.	<b>100 %</b>
<b>C 11</b>	<b>Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.	<b>100 %</b>
<b>C 12</b>	<b>Telefon, TV, Internet</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Grundgebühren für Telefon, TV und Internet im Krankenhaus.	<b>100 %</b>
<b>C 13</b>	<b>Wunschverlegung</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen bodengebundenen Krankentransport oder eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn die Verlegung nicht medizinisch notwendig ist.  Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche ärztliche Bestätigung, dass keine medizinischen Gründe gegen die Verlegung sprechen.	<b>100 %, einmalig je Versicherungsfall</b>
<b>C 14</b>	<b>Begleitperson im Krankenhaus</b>	Erstattungsfähig sind für nach Tarif bKV-StationärAF versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.	<b>100 %</b>

## D Tarif bKV-StationärUnfallAF: Versicherungsleistungen bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung

Der Tarif bKV-StationärUnfallAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und H sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Erstattungsfähig nach Tarif bKV-StationärUnfallAF sind bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus (siehe A 4) die unter D 1 bis D 13 aufgeführten Aufwendungen.

Aufwendungen für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Generali vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Die vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlung handelt, die nicht ambulant durchgeführt werden kann. Die Generali empfiehlt, auch bei einer Anschlussheilbehandlung die Frage der Kostenerstattung vorab mit der Generali zu klären.

### 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 (zusätzlich zu A 14)

#### 2.1 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:  
Ski springen, Drachenfliegen, Free Climbing, Motorrennsport, Boxen, Kick- oder Thaiboxen, Vollkontakt-Karate, Rugby oder American Football.

#### 2.2 Kein Versicherungsschutz besteht ferner bei:

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

#### 2.3 Kein Versicherungsschutz besteht außerdem bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung.

### Berücksichtigung von Vorleistungen

Wenn die GKV, ein privater Krankenversicherer, ein anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger oder ein sonstiger Dritter eine Vorleistung erbracht haben (vgl. A 9 und A 10), wird diese auf die tarifliche Leistung angerechnet.

Bei der Leistung D 3.1 (50 % für ärztlichen Leistungen bei ambulanten Operationen) werden eventuelle Vorleistungen nicht angerechnet. Gemäß A 11 darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Auch bei dem Ersatzkrankenhaustagegeld (vgl. D 8) erfolgt keine Anrechnung eventueller Vorleistungen.

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
D 1	Krankenhauswahl	Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass eine versicherte Person ein anderes nach A 4 zugelassenes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählt.  Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.	100 %
D 2	Kranken-transport	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zu und von einem Krankenhaus einschließlich der gesetzlichen Zuzahlung nach § 60 Abs. 2 SGB V. In medizinischen Notfällen sind diese Aufwendungen auch dann erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus nicht erfolgt.  Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Fahrten mit z. B. PKW, Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln.	100 %

D 3	<b>Ambulante Operationen</b>	Bei ambulanten Operationen sind die nachfolgend genannten Aufwendungen erstattungsfähig:	
D 3.1	Ärztliche Leistungen	Aufwendungen für ärztliche Leistungen.	50 %
D 3.2	Transport und Unterbringung	Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie Unterbringung außerhalb der Arztpaxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation.	100 % Die Erstattung beträgt insgesamt <b>höchstens 200,00 EUR</b> je Operation
D 4	<b>Bergungskosten</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst. Diese Aufwendungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus nicht erfolgt.	100 % Die Erstattung beträgt insgesamt <b>höchstens 2.500,00 EUR</b> je Versicherungsfall
D 5	<b>Wahlärztliche Leistungen</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Wahlarztes (z. B. Chefarzt).	100 %
D 6	<b>Belegärztliche Leistungen</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Belegarztes.	100 %
D 7	<b>Ein- oder Zweibettzimmer</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.	100 %
D 8	<b>Ersatz-Krankenhaustagegeld</b>	In den nachfolgend genannten Fällen wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt:	
D 8.1	Verzicht auf ärztliche Leistungen	Bei Verzicht auf die Erstattung gesondert berechneter ärztlicher Leistungen nach D 5 und D 6 während des gesamten Krankhausaufenthaltes.	25,00 EUR je Krankenhaustag Aufnahme- und Entlassungstag gelten zusammen als ein Tag
D 8.2	Verzicht auf Ein-/Zweibettzimmer	Bei Verzicht auf die Erstattung der gesondert berechnete Unterbringung nach D 7.	25,00 EUR je Krankenaustag Aufnahme- und Entlassungstag gelten zusammen als ein Tag
D 9	<b>Einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine unmittelbar vor bzw. nach der Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung durch den Wahl- oder Belegarzt.	100 %
D 10	<b>Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.	100 %
D 11	<b>Telefon, TV, Internet</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Grundgebühren für Telefon, TV und Internet im Krankenhaus.	100 %
D 12	<b>Wunschverlegung</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen bodengebundenen Krankentransport oder eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn die Verlegung nicht medizinisch notwendig ist. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche ärztliche Bestätigung, dass keine medizinischen Gründe gegen die Verlegung sprechen.	100 % einmalig je Versicherungsfall
D 13	<b>Begleitperson im Krankenhaus</b>	Erstattungsfähig sind für nach Tarif bKV-StationärUnfallAF versicherte Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflege einer Begleitperson im Krankenhaus.	100 %

## E Tarif bKV-ZahnAF: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif bKV-ZahnAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und H sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Erstattungsfähig nach Tarif bKV-ZahnAF sind bei zahnärztlicher Behandlung die unter E 1 und E 2 aufgeführten Aufwendungen.

Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang bKV-Zahn70AF	Erstattungsumfang bKV-Zahn80AF	Erstattungsumfang bKV-Zahn90AF
<b>E 1 Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen</b>  Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig.</li> <li>- Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen sowie Verblendschalen (z. B. Veneers)</li> <li>- Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) einschließlich Verblendungen</li> </ul> Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> <li>- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen)</li> <li>- Anästhesieleistungen (z. B. örtliche Betäubung, Lokalanästhesie); bei einer durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostizierten Angststörung darüber hinaus auch angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Lachgassierung, Dämmerschlaf-Narkose)</li> <li>- die Erstellung von Heil- und Kostenplänen</li> </ul>	<u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>70 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>80 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>90 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>100 %</b> , wenn ausschließlich die Regelsorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>35 %</b> <u>PKV-Vollversicherte</u> <b>35 %</b> Zusammen mit Leistungen aus der PKV-Vollversicherung maximal 100 % (vgl. A 11)	<u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>80 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>90 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>100 %</b> , wenn ausschließlich die Regelsorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>40 %</b> <u>PKV-Vollversicherte</u> <b>40 %</b> Zusammen mit Leistungen aus der PKV-Vollversicherung maximal 100 % (vgl. A 11)	<u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>90 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>100 %</b> , wenn ausschließlich die Regelsorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>GKV-Versicherte mit GKV-Vorleistung</u> <b>45 %</b> <u>PKV-Vollversicherte</u> <b>45 %</b> Zusammen mit Leistungen aus der PKV-Vollversicherung maximal 100 % (vgl. A 11)
<b>E 2 Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung</b>  Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahntechnische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen)</li> <li>- parodontologische Leistungen</li> </ul> Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anästhesieleistungen (z. B. örtliche Betäubung, Lokalanästhesie); bei einer durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostizierten Angststörung darüber hinaus auch angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Lachgassierung, Dämmerschlaf-Narkose)</li> <li>- die Erstellung von Heil- und Kostenplänen</li> </ul>	<u>GKV-Versicherte</u> <b>70%</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>PKV-Vollversicherte</u> <b>35 %</b> Zusammen mit Leistungen aus der PKV-Vollversicherung maximal 100 % (vgl. A 11)	<u>GKV-Versicherte</u> <b>80 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>PKV-Vollversicherte</u> <b>40 %</b> Zusammen mit Leistungen aus der PKV-Vollversicherung maximal 100 % (vgl. A 11)	<u>GKV-Versicherte</u> <b>90 %</b> Die GKV-Vorleistung wird angerechnet.  <u>PKV-Vollversicherte</u> <b>45 %</b> Zusammen mit Leistungen aus der PKV-Vollversicherung maximal 100 % (vgl. A 11)

## F Tarif bKV-ZahnprophylaxeAF: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Vorsorge

Der Tarif bKV-ZahnprophylaxeAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und H sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Erstattungsfähig nach Tarif bKV-ZahnprophylaxeAF sind bei zahnärztlicher Behandlung die unter F 1 aufgeführten Aufwendungen.

### Berücksichtigung von Vorleistungen

Wenn die GKV, ein privater Krankenversicherer, ein anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger oder ein sonstiger Dritter eine Vorleistung erbracht haben (vgl. A 9 und A 10), wird diese auf die tarifliche Leistung angerechnet.

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
F 1	Zahnprophylaxe	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).	<b>100 %</b> Die Erstattung beträgt <b>höchstens 100,00 EUR</b> je Kalenderjahr

## G Tarif bkV-BudgetAF: Versicherungsleistungen bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif bkV-BudgetAF gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und H sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankheitskostenzusatzversicherung für Angehörige und Fortführer (AVB/bKV-AF 2022).

Erstattungsfähig nach Tarif bkV-BudgetAF sind bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Behandlung die unter G 1 bis G 9 aufgeführten Aufwendungen.

Für alle tariflichen Leistungen gilt insgesamt eine Höchsterstattung je Kalenderjahr. Alle Leistungen, die die versicherte Person nach G 1 bis G 9 in einem Kalenderjahr in Anspruch nimmt, werden auf diesen Betrag angerechnet.

Die Höchsterstattung ist abhängig von der gewählten Tarifstufe und ergibt sich aus der nachstehenden Tabelle.

Tarifstufe	Höchsterstattung je Kalenderjahr
bKV-Budget300AF	300,00 EUR
bKV-Budget600AF	600,00 EUR
bKV-Budget900AF	900,00 EUR
bKV-Budget1200AF	1.200,00 EUR
bKV-Budget1500AF	1.500,00 EUR

### Berücksichtigung von Vorleistungen

Wenn die GKV, ein privater Krankenversicherer, ein anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger oder ein sonstiger Dritter eine Vorleistung erbracht haben (vgl. A 9 und A 10), wird diese auf die tarifliche Leistung angerechnet.

Bei dem Krankenhaustagegeld (vgl. G 8) erfolgt keine Anrechnung eventueller Vorleistungen.

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
G 1	Vorsorgeuntersuchungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. In der GKV vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle finden keine Anwendung.</li> <li>– Krebsfrüherkennung (z. B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, PSA-Test)</li> <li>– 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)</li> <li>– Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Neugeborenen-Audio-Check, Schielvorsorge, zusätzliche Gesundheits-Checks U10, U11, J2, Fettstoffwechselvorsorge)</li> <li>– Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft (z. B. Ersttrimesterscreening, Nackentransparenzmessung, Ultraschalluntersuchungen)</li> </ul> <p>Die Aufwendungen sind nur dann erstattungsfähig, wenn die Untersuchung ausschließlich der Früherkennung von Krankheiten dient und ohne vorherigen Befund, Diagnose oder Krankheitsverdacht durchgeführt wird.</p>	100 %
G 2	Präventionskurse	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung gemäß § 20 SGB V. Das sind zertifizierte Kurse z. B. zur Sucht-Prävention, Stress-Bewältigung und Bewegungsprogramme.</p> <p>Aufwendungen für Fitnessstudios und Sportvereine sind nicht erstattungsfähig.</p>	100 %
G 3	Schutzimpfungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Reiseschutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) des Robert-Koch-Instituts empfohlen werden.</p>	100 %

G 4	<b>Sehhilfen</b>	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p><b>100 %</b></p> <p>Die Erstattung beträgt <b>höchstens 200,00 EUR</b> je Kalenderjahr</p> <p>Die Erstattung kann wegen der <b>Höchsterstattung</b> der gewählten Tarifstufe geringer sein.</p>
G 5	<b>Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie</b>	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z. B. Lasik, Lasek).</p> <p>Die Generali empfiehlt, die Frage der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn zu klären.</p>	<b>100 %</b>
G 6	<b>Hörgeräte</b>	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hörgeräte.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparatur und Wartung von Hörgeräten.</p> <p>Aufwendungen für den Unterhalt und die Betriebskosten (z. B. Stromkosten und Batterien) sind nicht erstattungsfähig.</p>	<b>100 %</b>
G 7	<b>Heilpraktikerleistungen, alternative Medizin und Naturheilverfahren durch Ärzte</b>	<p>Erstattungsfähig sind unter Berücksichtigung von A 6 Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Leistungen eines Heilpraktikers, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) aufgeführt sind und</li> <li>– ärztliche Leistungen der alternativen Medizin oder aus dem Bereich der Naturheilverfahren,</li> </ul> <p>jeweils einschließlich osteopathischer und chiropraktischer Leistungen und verordneter Arzneimittel.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.</p>	<b>100 %</b>
G 8	<b>Krankenhaustagegeld</b>	Es wird ein Krankenhaustagegeld für jeden Tag eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes gezahlt.	<b>10,00 EUR</b> je Tag
G 9	<b>Zahnprophylaxe</b>	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).	<p><b>100 %</b></p> <p>Die Erstattung beträgt <b>höchstens 100,00 EUR</b> je Kalenderjahr</p> <p>Die Erstattung kann wegen der <b>Höchsterstattung</b> der gewählten Tarifstufe geringer sein.</p>

## H Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen gemäß § 16 und § 16a AVB/bKV-AF 2022, 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 Personen erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

## Versicherungsschutz

### § 1

#### Gegenstand der Versicherung

##### (1) Allgemeines

Die Generali bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt die Generali Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt sie auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

##### (2) Versicherungsfall

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.

Als Versicherungsfall gelten auch

- 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

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/bKV-AF 2022), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, dem Versicherungsvertrag, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.

### § 3

#### Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Versicherungsschutz besteht auch für vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle hinsichtlich der Aufwendungen, die in die Zeit nach Versicherungsbeginn fallen. Bei Vertragsänderungen gelten diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

### § 4

#### Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

### § 5

#### Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

### § 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 die Generali für Heilbehandlungen höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte.

Alternativ kann der Versicherungsnehmer 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

### § 7

#### Fälligkeit der Leistungen

Die Generali ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der Generali.

Rechnungen müssen auf Verlangen der Generali 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 der Generali 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. Die Generali ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.

Die Generali 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 bei der Generali 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 auf das vom Versicherungsnehmer angegebene Konto. Kosten für eine Überweisung auf ein Konto außerhalb des SEPA-Raumes können von der Versicherungsleistung abgezogen werden. Gleichermaßen gilt für Kosten für die Übersetzung ausländischer Rechnungen und Dokumente.

### § 9

#### Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.

### § 10

#### Überschussbeteiligung

##### Für die Tarife bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF

Der Vorstand bestimmt für die Tarife bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF 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 Beitragsrück erstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitrags teilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Die Generali 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. 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) Lastschrifteinzug**  
Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch die Generali, kann die Generali die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist die Generali 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**  
**Für alle Tarife außer bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF**

**(1) Allgemeines**  
Die Berechnung der Beiträge erfolgt auf versicherungsmathematischer Grundlage und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der Generali 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 die Generali auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

**(4) Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen**  
Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann die Generali 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 der Generali 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**  
**Für die Tarife bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF**

**(1) Allgemeines**  
Die Berechnung der Beiträge in den Tarifen bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der Generali 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 der Generali wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilde

### (4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen kann die Generali auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

### (5) Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann die Generali 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 der Generali 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

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

#### (2) Leistungsfreiheit

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

## § 14

### Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

#### (1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann die Generali 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 Beiträge 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 die Generali nicht zur Leistung verpflichtet.

#### (2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beiträge nach Fristablauf noch im Verzug, kann die Generali 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.

## § 15

### Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt gemäß § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch von der Generali erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht der Generali der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

---

# Änderungen des Versicherungsvertrags

---

## § 16

Anpassung von Beitrag,  
Selbstbeteiligung und  
Risikozuschlag

Für alle Tarife außer  
bKV-StationärAF und  
bKV-StationärUnfallAF

### (1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der Generali z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend ist die Generali 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.

### (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.

## § 16a

Anpassung von Beitrag,  
Selbstbeteiligung und  
Risikozuschlag

Für die Tarife  
bKV-StationärAF und  
bKV-StationärUnfallAF

### (1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der Generali z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die Generali für die Tarife bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF 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 bKV-StationärAF und bKV-StationärUnfallAF eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von der Generali überprüft und, so weit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

### (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.

## § 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 die Generali 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) Garantiert 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 bei der Generali 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 Geburts schäden.

#### (2) Adoption

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

#### (3) 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)**

<b>§ 19</b> <b>Allgemeines</b>	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.
<b>§ 20</b> <b>Einzelne Obliegenheiten</b>	<p><b>(1) Erteilung von Auskünften</b> Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen der Generali jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht der Generali oder ihres Umfangs erforderlich ist.</p> <p><b>(2) Ärztliche Untersuchung</b> Auf Verlangen der Generali ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der Generali beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Kosten der Untersuchung trägt die Generali.</p> <p><b>(3) Schadenminderung</b> 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><b>(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz</b> Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, die Leistungen vorsieht, die auch im versicherten Tarif aus Business+AF enthalten sind, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Generali von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.</p> <p><b>(5) Änderung von Name oder Anschrift</b> Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz bzw. Geschäfts- oder Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls gelten Erklärungen, die die Generali mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihr bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.</p> <p><b>(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</b> Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 wird die Generali 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 die Generali bei Verletzung der Obliegenheit nach Abs. 4 unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem sie von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.</p>
<b>§ 21</b> <b>Ersatzansprüche gegen Dritte</b>	<p><b>(1) Abtretung</b> 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 die Generali schriftlich abzutreten.</p> <p><b>(2) Mitwirkung</b> 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 die Generali soweit erforderlich mitzuwirken.</p> <p><b>(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</b> Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2 wird die Generali mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit sie infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.</p>
<b>§ 22</b> <b>Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer</b>	Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die die Generali aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 VVG entsprechend anzuwenden.

# Dauer und Ende der Versicherung

§ 23 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	(1) <b>Vertragsdauer</b> Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre.  (2) <b>Berechnung des Versicherungsjahrs</b> Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.
§ 24 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	(1) <b>Ordentliche Kündigung</b> Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer 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.  (2) <b>Vertraglich geregelte Beitragsänderung</b> 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.  (3) <b>Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung</b> Erhöht die Generali die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmeldung 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.  (4) <b>Anspruch auf Aufhebung der Versicherung</b> Der Versicherungsnehmer kann, sofern die Generali 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.  (5) <b>Fortführung als Anwartschaftsversicherung</b> 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.
§ 25 Kündigung durch die Generali	(1) <b>Ordentliche Kündigung</b> Die Generali verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung der Versicherung.  (2) <b>Außerordentliche Kündigung</b> Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
§ 26 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	(1) <b>Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer</b> 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.  (2) <b>Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch die Generali</b> Wird eine Krankheitskostenversicherung von der Generali wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, haben die versicherten Personen das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Die Generali 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 getrenntlebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrenntlebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft. Gleiches gilt bei Auflösung einer häuslichen Gemeinschaft für Lebenspartner und Kinder.

**(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

<b>§ 27</b> <b>Aufrechnung gegen die Generali</b>	Gegen Forderungen der Generali ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
<b>§ 28</b> <b>Anwendbares Recht</b>	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
<b>§ 29</b> <b>Gerichtsstand</b>	<p><b>(1) Klagen gegen die Generali</b> Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die Generali können bei dem Gericht am Sitz der Generali oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden.</p> <p><b>(2) Klagen der Generali</b> Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen der Generali – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p><b>(3) Sitzverlegung und unbekannter Sitz</b> 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 der Generali erhoben werden.</p>
<b>§ 30</b> <b>Erklärungen gegenüber der Generali</b>	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der Generali bedürfen der Textform.
<b>§ 31</b> <b>Verjährung</b>	<p><b>(1) Verjährungsfrist</b> 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.</p> <p><b>(2) Hemmung der Verjährung</b> Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei der Generali angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung der Generali dem Anspruchsteller in Textform zugeht.</p>

### 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](http://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](mailto: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 und der versicherten Person der Rechtsweg offen.



Generali Deutschland Krankenversicherung AG  
Hansaring 40-50  
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0  
[www.generali.de](http://www.generali.de)

Ein Unternehmen der Generali Gruppe