

Tarif GesundProMed

	Seite		Seite
Präambel.....	2	H Vorsorgepauschalen.....	19
A Allgemeine Regelungen.....	3	I Selbstbeteiligung.....	20
B Ambulante Heilbehandlung.....	7	J Optionsrechte.....	21
C Stationäre Heilbehandlung.....	11	K Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung) in Tarifstufe GesundProMedP.....	23
D Zahnärztliche Behandlung.....	13	L Dynamisierung.....	23
E Weitere Leistungen.....	15	Anlage 1 Verzeichnis für zusätzliche Vorsorge- untersuchungen.....	24
F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 12 Monaten.....	17	Anlage 2 Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel.....	25
G Zusätzliche Leistungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.....	18		

Zusatzbaustein Einbettzimmer

Tarif EinbettPlus	29
-------------------------	----

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2020)

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung	30
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes.....	30
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	30
§ 4 Wartezeiten	30
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	30
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten	31

Leistungen der Generali

§ 7 Fälligkeit der Leistungen	31
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	31
§ 9 Verpfändung	32
§ 10 Überschussbeteiligung/Beitragsrückerstattung	32

Beiträge

§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise	32
§ 12 Berechnung des Beitrags	32
§ 13 Nichtzahlung der Beiträge	33
§ 14 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung	33
§ 15 Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht	33

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag	34
---	----

§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungs- bedingungen.....	34
§ 18 Tarifwechsel.....	34
§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption	35

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 20 Allgemeines	36
§ 21 Einzelne Obliegenheiten	36
§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	36
§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer.....	36

Dauer und Ende der Versicherung

§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr.....	37
§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	37
§ 26 Kündigung durch die Generali	38
§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	38

Weitere Regelungen

§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	39
§ 29 Anwendbares Recht	39
§ 30 Gerichtsstand	39
§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	39
§ 32 Verjährung	39

Streitschlichtungsstellen	40
--	-----------

Präambel

Der Tarif GesundProMed bietet Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung.

Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus

- dem Tarif GesundProMed:
 - Abschnitt A: Allgemeine Regelungen für alle Leistungsbereiche
 - Abschnitte B bis G: Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbereichen
 - Abschnitt H: Vorsorgepauschalen
 - Abschnitt I: Selbstbeteiligung
 - Abschnitt J: Optionsrechte
 - Abschnitt K: Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung) in Tarilstufe GesundProMedP
 - Abschnitt L: Dynamisierung
 - Anlage 1: Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen
 - Anlage 2: Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2020),
- dem Antrag bzw. der Anfrage,
- dem Versicherungsschein,
- weiteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif GesundProMed sind Ärzte und Zahnärzte (Versicherungsnehmer).

Mitversichert werden können der Ehe- oder Lebenspartner, der mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebt, sowie die Kinder des Versicherungsnehmers bzw. Ehe- oder Lebenspartners, solange diese unterhaltsberechtigt sind.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit der Versicherungsvertrag zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Unter Anrechnung der bereits erworbenen Rechte kann der Vertrag nach einem anderen Tarif der Generali fortgesetzt werden.

Nicht versicherungsfähig nach Tarif GesundProMed sind Tierärzte, außer als mitversicherte Personen unter den oben genannten Voraussetzungen.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde**Ärzte und Zahnärzte**

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. In medizinischen Notfällen können zudem Not- und Rettungsärzte sowie ärztliche Akutdienste in Anspruch genommen werden.

Psychotherapeuten

Bei ambulanter Psychotherapie hat die versicherte Person die freie Wahl unter folgenden Behandelnden:

- Ärztliche Psychotherapeuten
- Approbierte psychologische Psychotherapeuten
- Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Voraussetzung ist, dass die Behandlung in eigener Praxis, einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis, einem MVZ oder einem Krankenhaus stattfindet.

Hebammen und Entbindungspfleger

Die versicherte Person hat bei Schwangerschaft und Entbindung die freie Wahl unter den Hebammen und Entbindungspflegern.

Heilpraktiker

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes, mit Ausnahme von Heilpraktikern, die ausschließlich eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis für den Bereich Psychotherapie haben.

Sonstige Heilberufe

Die versicherte Person hat auf ärztliche Verordnung die freie Wahl unter folgenden Behandelnden:

- Ergotherapeuten (auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten)
- Krankengymnasten
- Logopäden/Sprachheilpädagogen
- Masseuren
- Medizinischen Bademeistern
- Physiotherapeuten
- Podologen

Bei Ernährungstherapie hat die versicherte Person auf ärztliche Verordnung die freie Wahl unter Diätassistenten, Ökotrophologen und Ernährungswissenschaftlern, die jeweils über eine Zusatzqualifikation für die Ausübung der Ernährungstherapie verfügen.

Bei ambulanter häuslicher Behandlungspflege hat die versicherte Person auf ärztliche Verordnung die freie Wahl unter staatlich geprüften Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Pflegefachkräften.

Bei spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) hat die versicherte Person auf ärztliche Verordnung die freie Wahl unter Fachkräften für SAPV.

Bei Soziotherapie hat die versicherte Person auf ärztliche Verordnung die freie Wahl unter Fachkräften für Soziotherapie.

Bei Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen dort tätigen Leistungserbringern.

Bei Inanspruchnahme von Rehabilitationssport oder Funktionstraining hat die versicherte Person auf ärztliche Verordnung die freie Wahl unter allen qualifizierten Übungsleitern.

A 2 Leistungseinschränkungen bei bestimmten Behandelnden

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und sonstige Behandelnde, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Dies gilt nur, wenn der Versicherungsnehmer 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.
- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

A 3	Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln	Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in A 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, wenn dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchführt.
A 4	Behandlung im Krankenhaus	Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
A 5	Leistungseinschränkungen bei Behandlung im Krankenhaus	Keine Leistungspflicht besteht für – Behandlungen in Krankenhäusern, 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. – eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
A 6	Behandlung im Pflegeheim / Hospiz	Bei stationärer Kurzzeitpflege hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen Pflegeheimen, die selbständig wirtschaftende Einrichtungen sind und in denen die versicherte Person unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt wird und ganztätig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden kann. Bei stationärer Behandlung im Hospiz hat die versicherte Person die freie Wahl unter allen selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen, die für Menschen mit unheilbaren Krankheiten in ihrer letzten Lebensphase eine palliativ-pflegerische und palliativ-medizinische Versorgung erbringen.
A 7	Entbindung in Geburtshäusern	Für Entbindungen hat die versicherte Person auch die freie Wahl unter Geburtshäusern / Hebammengeleiteten Einrichtungen (HgE).
A 8	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) und Frühförderstellen	Bei Sozialpädiatrie und Frühförderung besteht die freie Wahl unter Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Frühförderstellen, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und über eine Zulassung nach § 119 SGB V verfügen.
A 9	Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	Die Generali leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen. Stehen schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung, kann die Generali ihre Leistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei deren Anwendung angefallen wäre. Die Generali leistet darüber hinaus bei ambulanter Heilbehandlung nach Abschnitt B im tariflichen Umfang auch für Behandlungen nach dem Hufelandverzeichnis (Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen der Hufelandgesellschaft e. V., Berlin) einschließlich der dabei verordneten Arzneimittel.
A 10	Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnisse	Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Psychotherapeuten (GOP), den Hebammengebührenordnungen oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) entsprechen. Aufwendungen für Gebühren, die die jeweiligen Höchstsätze bzw. Höchstbeträge übersteigen, werden von der Generali nicht erstattet. Bei stationärer Heilbehandlung sind auch Aufwendungen für Gebühren erstattungsfähig, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung. Für Heilmittel, die von einem unter A 1 "Sonstige Heilberufe" genannten Behandelnden erbracht werden, gilt das Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2). Bei häuslicher Pflege, spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, ambulanten und stationären Hospizleistungen, Sozialpädiatrie, Soziotherapie, Rehabilitationssport und Funktionstraining sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einer Vergütungsvereinbarung mit der Generali oder dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbart hat. Besteht weder eine Vergütungsvereinbarung mit der Generali noch mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung verlangen könnte.

	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 AVB/VV 2020).
A 11 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	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. 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.
A 12 Erstattung bei mehreren Kostenträgern	Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist die Generali, unbeschadet der Ansprüche der versicherten Person auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. 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 geregelt ist. Der Versicherungsnehmer kann seine Leistungsansprüche auch dann in voller Höhe gegen die Generali geltend machen, wenn Ansprüche auch gegen andere Erstattungsverpflichtete bestehen. Um der Generali ggf. einen Rückgriff gegen andere Erstattungsverpflichtete zu ermöglichen, sind Versicherungsnehmer und versicherte Personen dazu verpflichtet, ihre Ansprüche gegen die anderen Erstattungsverpflichteten an die Generali abzutreten. Dies gilt nur, soweit die Generali geleistet hat.
A 13 Gesamterstattung bei mehreren Kostenträgern	Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
A 14 Zeitliche Zuordnung von Leistungen	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 Zuordnung nicht entscheidend.
A 15 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel	Wechselt die versicherte Person innerhalb der Krankheitskostenversicherung der Generali in den Tarif GesundProMed, gilt Folgendes: Bei Versicherungsleistungen, die eine summenmäßige Begrenzung für einen bestimmten Zeitraum vorsehen, werden die im bisherigen Tarif für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen auf die entsprechenden Leistungen im Tarif GesundProMed angerechnet.
A 16 Allgemeine Leistungseinschränkungen	Kriegsereignisse 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. Vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeiführt. Sanktionen und Embargos 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.
A 17 Auskunftsrechte	Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen Bei Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR übersteigen werden, kann der Versicherungsnehmer vor Beginn der Behandlung in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. 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.

Die Generali muss ihre Auskunft begründen und dabei auf einen vom Versicherungsnehmer 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.

Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen

Die Generali ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder 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.

Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder 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.

Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung der Generali eingeholt, wird die Generali die entstandenen Kosten erstatten.

B Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch die unter B 1 bis B 17 aufgeführten Aufwendungen.

Die Erstattung von Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen, Vorsorgekuren, spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Hospizleistungen ist gesondert in Abschnitt E geregelt.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	
B 1 Ärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ärztliche Leistungen.
B 2 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen. Dort vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Indikationsbeschränkungen finden keine Anwendung. Darüber hinaus sind Aufwendungen für die Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig, die in dem Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Anlage 1) aufgeführt sind.
B 3 Schutzimpfungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Reiseschutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert-Koch-Institutes empfohlen werden.
B 4 Heilpraktikerleistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers, die im Gebüh- oder Hufelandverzeichnis aufgeführt sind, einschließlich verordneter Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel. Die Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers einschließlich der Verordnungen sind insgesamt bis zu 1.500,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen durch Heilpraktiker.
B 5 Hebammenleistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers einschließlich Rufbereitschaft vor der Entbindung, Geburtsvorbereitung, Geburtsvorbereitungskurse, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.
B 6 Ambulante Psychotherapie	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ambulante Psychotherapie bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr einschließlich probatorischer Sitzungen. Aufwendungen für darüber hinausgehende Sitzungen sind in dem jeweiligen Kalenderjahr zu 80 % erstattungsfähig.
B 7 Kinderwunschbehandlung	Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage zu 100 % Aufwendungen für assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung einschließlich Hormontherapie und Insemination) einschließlich Arzneimitteln. In den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn ist die Erstattung begrenzt auf insgesamt 5.000,00 EUR. Die Generali wird die Leistungszusage erteilen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: – Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der bei der Generali versicherten Person vor, und – zum Zeitpunkt der Behandlung haben die Frau das 43. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet, und – es besteht eine hinreichende Aussicht auf Erfolg der assistierten Reproduktion. Diese liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Schwangerschaft bei mindestens 15 % liegt. Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht bei der Generali versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzliche oder private Krankenversicherung), sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.
B 8 Arznei- und Verbandmittel und weitere Präparate	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für – Arznei- und Verbandmittel. – Harn- und Blutteststreifen. – Präparate zur enteralen und parenteralen Ernährung (z. B. Sondennahrung, Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate und Elementardiäten). – hochkalorische Zusatznahrung, deren Einnahme aufgrund einer schweren Grunderkrankung (z. B. Morbus Crohn, Mukoviszidose oder Enzymmangelerkrankungen) erforderlich ist. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Präparate zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts und zur Verbesserung des Haarwuchses, Präparate, die ausschließlich zur Empfängnisverhütung eingenommen werden sowie Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel.

	Aufwendungen für Präparate, die ausschließlich zur Behandlung der erektilen Dysfunktion eingenommen werden, sind nur nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage erstattungsfähig. Die Generali wird die Zusage erteilen, wenn die erektile Dysfunktion auf einer Durchblutungsstörung oder Nervenschädigung infolge einer schweren Grunderkrankung beruht (z. B. Diabetes, Prostatektomie, Multiple Sklerose, Querschnittslähmung).
B 9 Heilmittel	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).
B 10 Rehabilitationssport und Funktionstraining	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen, insgesamt bis zu 300,00 EUR je Kalenderjahr.
B 11 Hilfsmittel	
B 11.1 Sehhilfen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) einschließlich Reparaturen, insgesamt bis zu 300,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel.
B 11.2 Weitere Hilfsmittel (außer Sehhilfen)	Erstattungsfähige Hilfsmittel Erstattungsfähig sind Aufwendungen für – Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. – die Anschaffung eines Blindenführhundes. – Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik einschließlich der notwendigen Sensoren. – Perücken bei Haarausfall infolge onkologischer Behandlungen oder bei kreisrundem Haarausfall. – die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für: – Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind. – Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind. – den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Stromkosten und Batterien). – den Unterhalt des Blindenführhundes (z. B. Hundefutter, Tierarztkosten). – Fieberthermometer, Allergikerbettwäsche, Pulsmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten. Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen gegen einen anderen Kostenträger (z. B. Pflegepflichtversicherung), ist die Generali nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind. Erstattungsumfang / Hilfsmittelmanagement Die Generali unterhält ein Hilfsmittelmanagement. In der Regel können Hilfsmittel dadurch schneller und kostengünstiger zur Verfügung gestellt werden. Aufwendungen für Hilfsmittel sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn die Generali mit der Beschaffung des Hilfsmittels beauftragt wird. Wird ein Hilfsmittel ohne Absprache mit dem Hilfsmittelmanagement der Generali selbst beschafft, sind die Aufwendungen nur bis zu dem Betrag erstattungsfähig, zu dem die Generali das Hilfsmittel hätte kostengünstiger beschaffen können. Diese Kürzung erfolgt nicht, wenn das Hilfsmittel – im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen wird. – weniger als 500,00 EUR kostet. Bei wiederholtem Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art ohne Absprache mit dem Hilfsmittelmanagement ist die Generali nach entsprechender Mitteilung an den Versicherungsnehmer für die Zukunft berechtigt, Kürzungen vorzunehmen, wenn die Generali nicht mit der Beschaffung beauftragt wird.

B 12 Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen im Zusammenhang einer Korrektur von Fehlsichtigkeit mittels refraktiver Chirurgie (z. B. Lasik, Lasek). Die Generali empfiehlt, die Frage der Kostenübernahme vor Behandlungsbeginn zu klären.
B 13 Fahrten, Transporte und Unterbringung bei ambulanten Operationen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Operation sowie die Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation. Die Aufwendungen sind insgesamt bis zu 300,00 EUR je Operation erstattungsfähig.
B 14 Fahrten und Transporte	
B 14.1 Transporte zu einer ambulanten Notfallbehandlung	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Transporte zu einer ambulanten Notfallbehandlung.
B 14.2 Fahrten und Transporte zu/von einer ambulanten Behandlung	Erstattungsfähige Aufwendungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Behandlung in folgenden Fällen: a) Chemotherapien b) Tiefenbestrahlungen c) Dialysebehandlungen d) bei Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises mit dem Kennzeichen außergewöhnliche Gehbehinderung (AG), Blindheit (Bl) oder Hilflosigkeit (H) e) Pflegebedürftigkeit in Pflegegrad 3 mit dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität oder Pflegegrad 4 oder 5 f) ärztlich bescheinigte vorübergehende Gehunfähigkeit aufgrund einer akuten Krankheit oder Unfallfolge Aufwendungen für Transporte sind nur dann erstattungsfähig, wenn Fahrten (z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen oder Taxen) nicht durchführbar sind, weil die versicherte Person während der Beförderung einer medizinischen Betreuung oder der Ausstattung eines Krankentransportwagens bedarf. Erstattungsumfang Die Generali unterhält ein Transportmanagement. In der Regel können Fahrten und Transporte dadurch kostengünstiger durchgeführt werden. Aufwendungen für Fahrten und Transporte sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn die Generali mit der Organisation beauftragt wird. Wird eine Fahrt oder ein Transport ohne Absprache mit dem Transportkostenmanagement der Generali selbst organisiert, sind die Aufwendungen nur bis zu dem Betrag erstattungsfähig, zu dem die Generali die Fahrt oder den Transport hätte organisieren können. Aufwendungen für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug sind zu 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Fahrten und Transporte wegen vorübergehender Gehunfähigkeit aufgrund einer akuten Krankheit oder Unfallfolge gemäß Buchstabe f), sind begrenzt auf 300,00 EUR je Kalenderjahr.
B 15 Häusliche Behandlungspflege	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen, die – dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen, und – in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und – Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind und vom Arzt verantwortet werden. Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

B 16 Soziotherapie	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für ambulante Soziotherapie (Betreuung von versicherten Personen mit schweren psychischen Störungen). Leistungsvoraussetzung ist, dass ein Behandlungsplan durch einen ärztlichen Psychotherapeuten, einen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorliegt, und – der Versicherte wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, oder – durch die Soziotherapie eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder – eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Aufwendungen für ambulante Soziotherapie sind bis zu 120 Stunden innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.
B 17 Sozialpädiatrie und Frühförderung	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für die ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und Frühförderstellen.

C Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung einschließlich stationärer Psychotherapie, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V die unter C 1 bis C 11 aufgeführten Aufwendungen.

Die Erstattung von Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungsmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen, Vorsorgekuren und Hospizleistungen ist gesondert in Abschnitt E geregelt.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen		
C 1 Allgemeine Krankenhausleistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz. Unterliegt ein Krankenhaus nicht der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (z. B. Privatkliniken), sind zu 100 % erstattungsfähig Aufwendungen für Leistungen, die den Allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung oder Krankenhausentgeltgesetz entsprechen, jedoch ohne Begrenzung auf die dort genannten Vergütungshöhen.	
C 2 Belegärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Leistungen eines Belegarztes.	
C 3 Wahlärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Leistungen eines Wahlarztes (z. B. Chefarzt) auf Grundlage einer rechtswirksamen Wahlarztvereinbarung.	
C 4 Hebammenleistungen einschließlich Geburtshäuser	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers. Erstattungsfähig sind außerdem zu 100 % Aufwendungen für die Entbindung in einem Geburtshaus/einer Hebammengeleiteten Einrichtung (HgE).	
C 5 Zweibettzimmer	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer. Bei Unterbringung im Einbettzimmer sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Einbettzimmer zu 50 % erstattungsfähig.	
C 6 Ersatz-Krankenhaustagegeld	Bei Verzicht auf die Erstattung gesondert berechneter ärztlicher Leistungen nach C 2 und C 3 während des gesamten Krankenhausaufenthalts wird ein Krankenhaustagegeld von täglich 25,00 EUR gezahlt. Bei Verzicht auf die Erstattung für die gesondert berechnete Unterbringung nach C 5 wird ein Krankenhaustagegeld von täglich 25,00 EUR gezahlt.	
C 7 Telefon, Fernsehen, Internet	Erstattungsfähig sind zu 100 % die Grundgebühren für Telefon, Fernsehen und Internet.	
C 8 Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In)	Für versicherte Kinder oder Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres sind zu 100 % erstattungsfähig Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus.	
C 9 Transporte und Fahrten bei stationärer Behandlung	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für – den medizinisch notwendigen Transport zu und von einem Krankenhaus. In medizinischen Notfällen sind die Aufwendungen auch dann erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus nicht erfolgt. In medizinischen Notfällen sind außerdem die Einsatzkosten eines Notarztes erstattungsfähig. – Fahrten und medizinisch notwendige Transporte zu und von stationären Chemotherapien, Tiefenbestrahlungen und Dialysebehandlungen. – Fahrten zu und von einer stationären Heilbehandlung (einschließlich vor- und nachstationärer Behandlungen) bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit.	
C 10 Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus	Erstattungsfähig sind – unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit – Aufwendungen für eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, einmalig je Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Verlegung durch ein bodengebundenes Krankentransportmittel erfolgt und keine intensivmedizinische Betreuung während des Transportes notwendig ist.	

**C 11 Stationäre Kurzzeitpflege bei
fehlender Pflegebedürftigkeit**

Erstattungsfähig sind zu 100 % pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612,00 EUR je Kalenderjahr, sofern Leistungen der häuslichen Behandlungspflege nach B 15 bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, nicht ausreichen, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Aufwendungen sind begrenzt auf acht Wochen je Kalenderjahr.

D Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Behandlung einschließlich prophylaktischer Leistungen die unter D 1 bis D 5 aufgeführten Aufwendungen. Die Leistungen nach D 2 und D 3 sind in den ersten fünf Kalenderjahren begrenzt (Zahnstaffel*).

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	
D 1 Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für zahnärztliches Honorar und zahntechnische Leistungen für – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbissschienen, parodontologische Leistungen). – prophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen) und Fissurenversiegelung. Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen). – Anästhesieleistungen. – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist.
D 2 Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen*	Erstattungsfähig sind zu 90 % Aufwendungen für zahnärztliches Honorar und zahntechnische Leistungen für – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen sowie Verblendschalen (z. B. Veneers). – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) einschließlich Verblendungen. Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen). – Anästhesieleistungen. – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist.
D 3 Kieferorthopädie*	Erstattungsfähig sind zu 90 % Aufwendungen für zahnärztliches Honorar und zahntechnische Leistungen für Zahn- und Kieferregulierung. Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für – besondere Behandlungsformen (z. B. innenliegende Zahnspangen, sog. Lingualtechnik), besondere Bögen und Brackets (z. B. Kunststoff- oder Keramikbrackets, Minibrackets, selbstlegierende Brackets) oder eine Bracketumfeldversiegelung. – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen). – Anästhesieleistungen. – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist. Leistungsvoraussetzung ist, dass – die kieferorthopädische Behandlung vor Vollendung des 20. Lebensjahres begonnen hat, oder – eine schwere Kieferanomalie eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert, oder – die kieferorthopädische Behandlung aufgrund eines Unfalls erforderlich wird.
D 4 Heil- und Kostenpläne	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Bei teuren Behandlungen empfiehlt die Generali, vor Behandlungsbeginn den Heil- und Kostenplan einzureichen. Die Generali prüft diesen und gibt über die zu erwartende Erstattung Auskunft.
D 5 Arznei-, Verband- und Heilmittel	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für verordnete Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).

*** Begrenzung der Versicherungsleistungen nach D 2 und D 3 in den ersten fünf Kalenderjahren (Zahnstaffel)**

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für alle unter D 2 und D 3 aufgeführten Aufwendungen sind begrenzt, und zwar:

- im ersten Kalenderjahr nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundProMed auf insgesamt 1.000,00 EUR,
- in den ersten zwei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundProMed auf insgesamt 2.000,00 EUR,
- in den ersten drei Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundProMed auf insgesamt 3.000,00 EUR,
- in den ersten vier Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundProMed auf insgesamt 4.000,00 EUR,
- in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif GesundProMed auf insgesamt 5.000,00 EUR.

Die vorgenannte Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung.

Anrechnung einer Vorversicherung auf die Zahnstaffel

Wechselt der Versicherte aus einem Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif GesundProMed, werden die im vorigen Tarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen auf die Zahnstaffel im Tarif GesundProMed angerechnet. Dies gilt nicht, wenn der vorige Tarif eine Auslandsreisekrankenversicherung ist.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen**E 1 Anschlussheilbehandlungen**

E 1.1	ambulante Anschlussheilbehandlungen	Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage zu 100 % Aufwendungen für ambulante Anschlussheilbehandlungen. Die Generali wird die Zusage erteilen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich für ambulante Anschlussheilbehandlungen aus Abschnitt B.
E 1.2	stationäre Anschlussheilbehandlungen	Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage zu 100 % Aufwendungen für stationäre Anschlussheilbehandlungen. Die Generali wird die Zusage erteilen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht, das Krankenhaus zur Behandlung des Krankheitsbildes geeignet ist und die Maßnahme nicht ambulant durchgeführt werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen ergeben sich für stationäre Anschlussheilbehandlungen aus Abschnitt C.
	Definition Anschlussheilbehandlung	Eine Anschlussheilbehandlung ist eine medizinisch notwendige Maßnahme zur Rehabilitation, die sich einem akut stationären Krankenhausaufenthalt im engen zeitlichen Zusammenhang anschließt. Der enge zeitliche Zusammenhang ist gegeben, sofern die Maßnahme zur Rehabilitation innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung des Krankenhausaufenthalts beginnt. Ist aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht sinnvoll oder nicht möglich, gilt auch eine später beginnende Maßnahme zur Rehabilitation als Anschlussheilbehandlung.

E 2 Ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage zu 100 % Aufwendungen für ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen bei substanzgebundenen Suchterkrankungen. Nicht erstattungsfähig sind Entwöhnungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht.

Die Generali wird die Zusage erteilen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

Bei ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen ergeben sich die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Abschnitt B.

Bei stationären Entwöhnungsmaßnahmen sind nur Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abschnitt C 1 bis zu einer Dauer von sechs Monaten je Maßnahme erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für bis zu drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von zehn aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

E 3 Sonstige ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage zu 100 % Aufwendungen für sonstige ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Generali wird die Zusage erteilen,

- wenn die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist, und
- wenn es sich nicht um eine kurmäßige Rehabilitationsmaßnahme handelt (für Vorsorgekuren vergleiche Abschnitt E4), und
- soweit kein anderer Kostenträger in Anspruch genommen werden kann.

Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen ergeben sich die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Abschnitt B.

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen ergeben sich die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Abschnitt C.

E 4 Ambulante und stationäre Vorsorgekuren

Erstattungsfähig sind bei ambulanten und stationären Vorsorgekuren Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen.
- Arznei- und Verbandmittel.
- Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).

Bei stationären Vorsorgekuren sind darüber hinaus Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung erstattungsfähig.

Die Aufwendungen sind zu 100 %, insgesamt bis zu 1.500,00 EUR innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.

E 5	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden oder weit fortgeschrittenen Erkrankung bei begrenzter Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.
E 6	Ambulante und stationäre Hospizleistungen	Erstattungsfähig sind zu 100 % die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Aufwendungen für Leistungen eines ambulanten Hospizdienstes oder für die Unterbringung in einem Hospiz, das eine selbstständige Einrichtung der stationären Hospizversorgung ist.
E 7	Suche, Rettung und Bergung	Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst in Höhe von insgesamt bis zu 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.

F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 12 Monaten

Ergänzend sind bei Auslandsaufenthalten mit einer Dauer von bis zu 12 Monaten die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen erstattungsfähig. Bei der Inanspruchnahme von Leistungen ist der Aufenthaltsbeginn im Ausland nachzuweisen.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	
F 1 Krankenrücktransport aus dem Ausland	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl in Deutschland oder im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die Person transportfähig ist und – der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll ist oder – die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Generali auch die Reisekosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres trägt die Generali stets die Kosten einer Begleitperson. Die Aufwendungen sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn die Generali mit der Organisation des Krankenrücktransports beauftragt wird. Erfolgt die Durchführung ohne vorherige Absprache mit der Generali, sind die Aufwendungen bis zu dem Betrag erstattungsfähig, zu dem die Generali den Krankenrücktransport hätte kostengünstiger organisieren können.
F 2 Leistungen im Todesfall	Erstattungsfähig sind zu 100 % im Todesfall die Aufwendungen wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl in Deutschland oder im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.
F 3 Betreuung und Rückreise mitreisender minderjähriger Kinder	Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig: – Betreuung vor Ort – Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl in Deutschland oder im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person – Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes Die Aufwendungen sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn die Generali mit der Organisation der Betreuung oder Rückreise der Kinder beauftragt wird. Erfolgt die Betreuung oder Rückreise ohne vorherige Absprache mit der Generali und entstehen dadurch Mehrkosten, sind die Aufwendungen bis zu dem Betrag erstattungsfähig, zu dem die Generali die Betreuung oder Rückreise hätte kostengünstiger organisieren können.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen**G 1 Leistungen bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Unfallfolge**

Erstattungsfähig sind für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres zu 100 % Aufwendungen für besondere Therapieformen (z. B. therapeutisches Reiten, Delfintherapie), wenn eine der nachfolgend aufgeführten schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen eintritt. Die Aufwendungen sind insgesamt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle – bis zu 25.000,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig.

Schwere Erkrankungen oder Unfallfolgen sind:

- Akuter Herzinfarkt
- Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall)
- Knochenmarksversagen
- Multiple Sklerose
- Operation am Gehirn bei Neubildungen
- Operation eines Hirn- oder Aortenaneurysmas (krankhafte Erweiterung eines Blutgefäßes)
- Organtransplantation, sofern die versicherte Person Empfänger eines Herzens, einer Herzklappe, Lunge, Leber, Dünndarms, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks ist
- Amputation oder unfallbedingter Verlust von Hand, Unterarm, Arm, Fuß, Unterschenkel oder Bein
- Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- Erblindung auf beiden Augen
- Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT III)
- Poliomyelitis (Kinderlähmung) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- Schwere anerkannte Impfschäden mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- Schwere Entzündung des Gehirns und/oder der Hirnhaut (Enzephalitis bzw. Meningitis) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- Traumatisch bedingte Querschnittslähmung
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche

Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Folgen sowie für Unfälle oder schwere Erkrankungen, die ursächlich auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch oder auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.

H 1 Vorsorgepauschalen**Pauschale Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen in einem leistungsfreien Kalenderjahr**

Versicherte nach Tarif GesundProMed erhalten für jedes Kalenderjahr je ein Formular zum Nachweis einer ambulanten und einer zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung (Vorsorgenachweise). Wenn für die versicherte Person für ein Kalenderjahr keine Rechnungen zur Erstattung eingereicht werden (z. B. weil die tarifliche Selbstbeteiligung nicht überschritten wird), kann über diese Vorsorgenachweise eine pauschale Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen erfolgen.

Ambulante Vorsorge

Die Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen werden einmal pro Jahr pauschal in Höhe von 200,00 EUR erstattet, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für das gesamte Kalenderjahr wurden für die versicherte Person keine Rechnungen zur Erstattung für den Tarif GesundProMed eingereicht (leistungsfreies Kalenderjahr).
- Die versicherte Person nimmt in dem leistungsfreien Kalenderjahr eine ambulante Vorsorgeuntersuchung nach B 2 wahr und lässt sich diese vom Arzt auf dem ambulanten Vorsorgenachweis bestätigen (mit Datum, Stempel, Unterschrift und unter Angabe der durchgeführten Vorsorgeuntersuchung).
- Vom 01.01. des leistungsfreien Kalenderjahres bis zum 31.03. des Folgejahres bestand ununterbrochen Versicherungsschutz (insbesondere ohne Anwartschaftsversicherung) nach Tarif GesundProMed.
- Im leistungsfreien Kalenderjahr sowie bis zum 31.03. des Folgejahres bestand kein Beitragsverzug.

Zahnärztliche Vorsorge und Prophylaxe

Die Aufwendungen für zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder Prophylaxemaßnahmen werden einmal pro Jahr pauschal in Höhe von 100,00 EUR erstattet, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für das gesamte Kalenderjahr wurden für die versicherte Person keine Rechnungen zur Erstattung für den Tarif GesundProMed eingereicht (leistungsfreies Kalenderjahr).
- Die versicherte Person nimmt in dem leistungsfreien Kalenderjahr eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung (z. B. jährliche Kontrolluntersuchung) oder prophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen) oder eine Fissurenversiegelung wahr und lässt sich diese vom Zahnarzt auf dem zahnärztlichen Vorsorgenachweis bestätigen (mit Datum, Stempel, Unterschrift und unter Angabe der durchgeführten Vorsorgeuntersuchung bzw. Prophylaxemaßnahme).
- Vom 01.01. des leistungsfreien Kalenderjahres bis zum 31.03. des Folgejahres bestand ununterbrochen Versicherungsschutz (insbesondere ohne Anwartschaftsversicherung) nach Tarif GesundProMed.
- Im leistungsfreien Kalenderjahr sowie bis zum 31.03. des Folgejahres bestand kein Beitragsverzug.

Zeitpunkt der Auszahlung

- Die Vorsorgepauschalen werden jeweils im zweiten Quartal des auf das leistungsfreie Kalenderjahr folgenden Jahres gezahlt. Auch nach Auszahlung der Vorsorgepauschalen bleibt die Geltendmachung von Leistungsansprüchen für das zunächst als leistungsfrei gewertete Kalenderjahr möglich. Die Leistungsansprüche sind in diesem Fall jedoch um den Betrag der bereits ausgezahlten Vorsorgepauschalen gemindert.

H 2 Vorsorgepauschalen im Jahr des Versicherungsbeginns

Personen, die mit dem Tarif GesundProMed erstmals nach einer Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali versichert sind, erhalten mit dem Versicherungsschein einen ambulanten und einen zahnärztlichen Vorsorgenachweis.

Die Vorsorgenachweise können für Vorsorgeuntersuchungen im Jahr des Versicherungsbeginns genutzt werden. Hierfür gelten die unter H 1 beschriebenen Regelungen entsprechend. Der Versicherungsschutz nach Tarif GesundProMed muss vom Versicherungsbeginn bis zum 31.03. des Folgejahres ununterbrochen bestehen.

I Selbstbeteiligung

Von den erstattungsfähigen Aufwendungen wird eine jährliche Selbstbeteiligung in Abzug gebracht, die sich aus der gewählten Tarifstufe ergibt.

Die folgende Tabelle regelt

- die Höhe der Selbstbeteiligung und
- bei welchen Leistungen die Selbstbeteiligung in Abzug gebracht wird (Anwendungsbereich der Selbstbeteiligung).

Selbstbeteiligung

Tarifstufe	Höhe der Selbstbeteiligung		Anwendungsbereich der Selbstbeteiligung
	für Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)	für Erwachsene (ab Vollendung des 21. Lebensjahres)	
GesundProMedP	375,00 EUR	750,00 EUR	alle tariflichen Leistungen Ausnahme: keine Selbstbeteiligung bei Leistungen nach Abschnitt H (Vorsorgepauschalen)
GesundProMed1	375,00 EUR	750,00 EUR	
GesundProMed2	750,00 EUR	1.500,00 EUR	
GesundProMed3	1.500,00 EUR	3.000,00 EUR	alle tariflichen Leistungen Ausnahmen: keine Selbstbeteiligung bei – Leistungen nach Abschnitt C (Stationäre Heilbehandlung), – Leistungen nach Abschnitt E, sofern sie stationär durchgeführt werden (Anschlussheilbehandlung, Entwöhnungsmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen, Vorsorgekuren und Hospizleistungen) und – Leistungen nach Abschnitt H (Vorsorgepauschalen)

Die Selbstbeteiligung gilt je Person und Kalenderjahr.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die jährliche Selbstbeteiligung für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um jeweils 1/12.

Endet die Versicherung nach Tarif GesundProMed vor Ablauf eines Kalenderjahres oder wird eine andere Selbstbeteiligung gewählt, ermäßigt sich die jährliche Selbstbeteiligung bis zum Beendigungs- bzw. Umstellungszeitpunkt nicht.

Es gibt bestimmte Anlässe, aufgrund derer der Versicherungsnehmer für alle nach Tarif GesundProMed versicherten Personen den Versicherungsschutz vorübergehend reduzieren kann, z. B. durch Erhöhung der Selbstbeteiligung oder Umstellung in einen Tarif mit geringeren Leistungen. Bestehende Risikozuschläge werden bei einer Umstellung entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

Nach einer solchen Reduzierung des Versicherungsschutzes wird die Generali auf Antrag des Versicherungsnehmers die Rückumstellung in den ursprünglichen Versicherungsschutz unter den nachstehend genannten Voraussetzungen zu den dort genannten Zeitpunkten (Optionsterminen) vornehmen. Auf eine erneute Risikoprüfung und die Vereinbarung von Wartezeiten wird die Generali abweichend von § 18 AVB/VV 2020 verzichten. Bestehende Risikozuschläge werden bei der Rückumstellung angepasst; Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen. Das Optionsrecht kann nur ausgeübt werden, wenn zum Zeitpunkt der Rückumstellung kein Beitragsverzug besteht.

Die Anlässe, aus denen der Versicherungsschutz reduziert werden kann, sind nachstehend beschrieben.

Die Optionsrechte e), f) und g) können insgesamt drei Mal während der gesamten Vertragslaufzeit ausgeübt werden.

a) Geburt eines Kindes / Elternzeit

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes spätestens 12 Monate nach der Geburt eines Kindes, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zu folgenden Zeitpunkten verlangen:

- zum Ersten des auf das Ende der Elternzeit nach dem Elternzeitgesetz folgenden Monats oder
- 36 bzw. 60 Monate nach der Geburt des Kindes, jeweils zum Ersten des darauffolgenden Monats.

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

Der Versicherungsnehmer muss die Rückumstellung spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins beantragen.

b) Pflegezeit nach Pflegezeitgesetz

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zum Ersten des auf das Ende der Pflegezeit folgenden Monats verlangen.

Der Versicherungsnehmer muss die Rückumstellung spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins beantragen.

c) Bezug von Arbeitslosengeld (ALG I) oder Bürgergeld gemäß SGB II

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes während des Bezugs von ALG I oder Bürgergeld gemäß SGB II, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zum Ersten des auf das Ende des Bezugs von ALG I oder Bürgergeld gemäß SGB II folgenden Monats verlangen.

Der Versicherungsnehmer muss die Rückumstellung spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins beantragen.

Das Optionsrecht erlischt spätestens 60 Monate nach der Reduzierung des Versicherungsschutzes.

d) Bezug von Kurzarbeitergeld

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes während des Bezugs von Kurzarbeitergeld, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zum Ersten des auf das Ende des Bezugs von Kurzarbeitergeld folgenden Monats verlangen.

Der Versicherungsnehmer muss die Rückumstellung spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins beantragen.

e) Berufliche Auszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer („Sabbatical“)

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes zu Beginn einer beruflichen Auszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zum Ersten des auf das Ende der beruflichen Auszeit folgenden Monats verlangen.

Der Zeitpunkt der späteren Rückumstellung muss der Generali vor Antritt der beruflichen Auszeit mitgeteilt werden.

f) Vorübergehende Reduzierung der Arbeitszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes zu Beginn einer vorübergehenden Reduzierung der Arbeitszeit von mindestens sechsmonatiger Dauer, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zum Ersten des auf die Wiederaufnahme der ursprünglichen Arbeitszeit folgenden Monats verlangen.

Der Zeitpunkt der späteren Rückumstellung muss der Generali vor Beginn der vorübergehenden Reduzierung der Arbeitszeit mitgeteilt werden.

g) Vorübergehender Auslandsaufenthalt von mindestens sechsmonatiger Dauer

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes zu Beginn eines Auslandsaufenthalts von mindestens sechsmonatiger Dauer, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zum Ersten des auf die Rückkehr aus dem Ausland folgenden Monats verlangen.

Der Zeitpunkt der späteren Rückumstellung muss der Generali vor Beginn des Auslandsaufenthalts mitgeteilt werden.

h) Ausübung einer humanitären Tätigkeit

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes spätestens 12 Monate nach Beginn der Ausübung einer humanitären Tätigkeit (z. B. Ärzte ohne Grenzen, Flüchtlingshilfe, Entwicklungshilfe, Obdachlosenhilfe)

- im Inland kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung 36 bzw. 60 Monate nach Beginn der Ausübung der humanitären Tätigkeit jeweils zum Ersten des darauffolgenden Monats verlangen,

- im Ausland kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zum Ersten des auf die Rückkehr aus dem Ausland folgenden Monats verlangen.

i) Niederlassung in eigener Praxis

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes spätestens 12 Monate nach der Niederlassung in eigener Praxis, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung 36 bzw. 60 Monate nach der Niederlassung, jeweils zum Ersten des darauffolgenden Monats, verlangen.

j) Berufliche Weiterbildung

Erfolgt die Reduzierung des Versicherungsschutzes zu Beginn einer ärztlichen bzw. zahnärztlichen Weiterbildung, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung zu folgenden Zeitpunkten verlangen:

- zum Ersten des auf das Ende der erfolgreich abgeschlossenen Weiterbildung folgenden Monats oder
- 12, 36 bzw. 60 Monate nach Beginn der Weiterbildung, jeweils zum Ersten des darauffolgenden Monats.

Die Weiterbildungsmaßnahme muss von einer Ärzte- bzw. Zahnärztekammer anerkannt sein und mindestens 150 Kursstunden umfassen.

K Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung) in Tarfstufe GesundProMedP

Versicherte nach der Tarfstufe GesundProMedP, die für ein Kalenderjahr keine Rechnungen zur Erstattung einreichen, erhalten eine garantierte Beitragsrückerstattung (Pauschalleistung).

Das Kalenderjahr, für das keine Rechnungen zur Erstattung eingereicht werden, wird im Folgenden als Anspruchsjahr bezeichnet.

Voraussetzungen

Die Pauschalleistung wird gezahlt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für das gesamte Anspruchsjahr wurden weder für die Tarfstufe GesundProMedP noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Rechnungen zur Erstattung eingereicht; das Einreichen von Vorsorgenachweisen gemäß Abschnitt H gilt nicht als Einreichen von Rechnungen, und
- vom 01.12. des Anspruchsjahres bis zum 30.06. des Folgejahres bestand ununterbrochen Versicherungsschutz (insbesondere ohne Anwartschaftsversicherung) nach der Tarfstufe GesundProMedP, und
- im Anspruchsjahr sowie bis zum 30.06. des Folgejahres bestand kein Verzug mit der Beitragszahlung.

Höhe der Pauschalleistung

Die Höhe der Pauschalleistung beträgt

- 5/12 der im Anspruchsjahr für die Tarfstufe GesundProMedP entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr und für die beiden unmittelbar vorangegangenen Kalenderjahre weder für den Tarif GesundProMed noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Rechnungen zur Erstattung eingereicht wurden.
- 3/12 der im Anspruchsjahr für die Tarfstufe GesundProMedP entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr und für das unmittelbar vorangegangene Kalenderjahr weder für den Tarif GesundProMed noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Rechnungen zur Erstattung eingereicht wurden.
- 2/12 der im Anspruchsjahr für die Tarfstufe GesundProMedP entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr weder für den Tarif GesundProMed noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Rechnungen zur Erstattung eingereicht wurden.

Zeitpunkt der Auszahlung

Die Pauschalleistung wird im zweiten Halbjahr des auf das Anspruchsjahr folgenden Jahres gezahlt. Werden für den maßgeblichen Zeitraum nachträglich Rechnungen zur Erstattung eingereicht, werden die Aufwendungen unter Anrechnung der bereits ausgezahlten Pauschalleistung erstattet.

L Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen, ob die im Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) aufgeführten Leistungen und erstattungsfähigen Höchstbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Leistungen und Höchstbeträge können angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Entsprechendes gilt für die im Tarif aufgeführten betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Pauschalbeträge.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

1. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für alle Versicherten

- 1.1 Großer Gesundheits-Check
einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschall-Untersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- 1.2 Schilddrüsen-Check
Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung einer Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse einschließlich der TSH-Bestimmung
- 1.3 Brain-Check
Hirnleistungs-Test mit Anwendung standardisierter Fragebögen zur Früherkennung von Hirnleistungsstörungen wie z. B. Demenz
- 1.4 Untersuchung des Herzinfarkt-Risikos
Untersuchung zur individuellen Herz-Kreislauf-Risikoeinschätzung, Belastungs-EKG, Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader, Blutuntersuchung, insbesondere der Fettwerte und Homocystein
- 1.5 Glaukomvorsorge
Früherkennungsuntersuchung zur Diagnostik des grünen Stars
- 1.6 Diagnostik einer altersabhängigen Makuladegeneration
Früherkennungsuntersuchung der Netzhautmitte mit Gesichtsfelduntersuchung
- 1.7 Osteoporose-Früherkennung
Knochendichtemessung zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose
- 1.8 Schlaganfall-Check
Untersuchung der hirnvorsorgenden Arterien mittels Doppler-Sonographie zur Früherkennung eines Schlaganfallrisikos
- 1.9 HIV-Test
Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung

2. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

- 2.1 Neugeborenen-Audio-Check
Untersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
- 2.2 Schiellvorsorge
Untersuchung zur Früherkennung einer Sehschwäche im Kleinkind- und Vorschulalter

2.3 Zusätzliche Intervall-Checks zu den Kinderfrüherkennungs-Untersuchungen

- Paed-Check 7.0 (U10, im Alter von 7-8 Jahren):
Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
- Paed-Check 9.0 (U11, im Alter von 9-10 Jahren):
Erkennen und Behandlungseinleitung von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, gesundheitsschädigendem Medienverhalten
- Paed-Check 16.0 (J2, im Alter von 16-18 Jahren):
Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungsstörungen, Kropfbildung, Diabetes-Vorsorge, Sozialisations- und Verhaltensstörungen

2.4 Fettstoffwechselvorsorge

Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen (im Alter von 10-16 Jahren)

3. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Frauen**3.1 Vorsorge zur Krebs-Früherkennung**

- Ultraschalluntersuchung des kleinen Beckens, insbesondere von Gebärmutter und Eierstöcken
- Ultraschall der Brust

3.2 In der Schwangerschaft

- Zusätzliche Ultraschall-Untersuchungen des Feten
- Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik
- Nackentransparenz-Messung

4. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Männer

Vorsorge zur Krebsfrüherkennung

- Ultraschalluntersuchung von Nieren, Blase und Hoden, Urinanalyse auf Blasenkrebsmarker
- Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms und transrektaler Ultraschall der Prostata

Anlage 2 Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel

Erstattungsfähig sind ausschließlich die nachstehend aufgeführten Heilmittel.

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)		Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
Bereich Inhalation			
1. Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung		13. Bewegungsübungen	
a) als Einzelinhalation	11,60	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	12,90
b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	8,00
c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50	14. Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert erstattungsfähig.		a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20
2. Radon-Inhalation		b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	22,60
a) im Stollen	14,90	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60
b) mittels Hauben	18,20	15. Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	115,30
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		16. Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	52,40
3. Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50	17. Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80
4. Krankengymnastik, auch auf neuropsychologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	27,80	Bereich Massagen	
5. Krankengymnastik auf neuropsychologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	44,20	18. Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
6. Krankengymnastik auf neuropsychologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	55,20	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	20,30
7. Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	12,50	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	24,40
8. Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer	15,60	19. Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
9. Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
10. Krankengymnastik im Bewegungsbad		b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,80	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	22,70	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurz-zugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben erstattungsfähig	21,50
c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60	20. Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	31,70
11. Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	33,40	Bereich Palliativversorgung	
12. Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,20	21. Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten	66,00
		Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
		22. Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
23. Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
aa) Teilpackung	36,20
bb) Großpackung	47,80
24. Schweißpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25. Kältepackung (Teilpackung)	
a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26. Heublumensack, Peloidkompressen	12,10
27. Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10
28. Trockenpackung	4,10
29. a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
c) Abkatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30. a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauße) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31. Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	12,10
b) Vollbad	17,60
32. Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33. Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	43,30
b) Vollbad	52,70
34. Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
a) Teilbad	37,90
b) Vollbad	43,30
35. Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36. Medizinisches Bad mit Zusatz	
a) Hand- oder Fußbad	8,80
b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
37. Gashaltiges Bad	
a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,10
b) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38. Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht erstattungsfähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d erstattungsfähig.	

Bereich Kälte- und Wärmebehandlung

39. Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90
40. Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50
41. Ultraschall-Wärmetherapie	13,80

Bereich Elektrotherapie

42. Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20
43. Elektrostimulation bei Lähmungen	17,60
44. Iontophorese	8,20
45. Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90
46. Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00

Bereich Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

47. Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	117,30
48. Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalles erstattungsfähig	58,70

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
49. Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
a) Richtwert: 30 Minuten	52,20
b) Richtwert: 45 Minuten	71,70
c) Richtwert: 60 Minuten	91,30
d) Richtwert: 90 Minuten	103,40
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	
50. Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	64,50
b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60
c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	117,30
d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	58,70
Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig.	

Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

51. Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
52. Einzelbehandlung	
a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	52,80
b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	70,40
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	88,00
d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20
e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
f) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall	
aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	140,80
bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 120 Minuten	182,60
cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	152,40

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
53. Gruppenbehandlung	
a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	18,50
b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	24,70
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	43,10
d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20
54. Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	52,80
55. Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	24,70

Bereich Podologie

56. Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
57. Podologische Behandlung (groß) Richtwert: 50 Minuten	49,20
58. Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
59. Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
60. Erstbefundung	48,80
61. Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	96,40
62. Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	52,80
63. Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	48,30
64. Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
65. Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
66. Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
67. Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
68. Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
69. Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation	64,80

**Erstattungsfähig sind
Aufwendungen bis zu
(alle Angaben in Euro)**

70. Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen 74,80

71. Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen 37,40

Bereich Ernährungstherapie

72. Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 30 Minuten 38,70

73. Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten 77,40

74. Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr 38,70

75. Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr 27,10

76. Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung - jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr 63,40

77. Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr 77,40

Bereich Sonstiges

78. Ärztlich verordneter Hausbesuch 12,10

79. Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal 25,60

80. Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal 16,70

81. Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels

82. Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 78, 79 und 81 nur anteilig je Patientin oder Patient erstattungsfähig.

Unterbringung im Einbettzimmer bei stationärer Heilbehandlung

Der Tarif EinbettPlus vervollständigt die Einbettzimmerabsicherung einer Krankheitskostenvollversicherung. Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus dem Tarif EinbettPlus und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2020).

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach dem Tarif EinbettPlus sind Personen, für die bei der Generali eine Krankheitskostenvollversicherung besteht, die bei stationärer Heilbehandlung eine Erstattung der Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Einbettzimmer in Höhe von 50 % vorsieht. Der Tarif EinbettPlus kann nicht mit Beihilfeergänzungsstarifen kombiniert werden.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung nach dem Tarif EinbettPlus.

Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung einschließlich Anschlussheilbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen, stationärer Psychotherapie, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch die nachstehend aufgeführten Aufwendungen:

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen	
1 Einbettzimmer	Erstattungsfähig sind zu 50 % Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Einbettzimmer bis zur Höhe der hierfür erstattungsfähigen Aufwendungen in der Krankheitskostenvollversicherung. Leistungsvoraussetzung ist, dass für den stationären Aufenthalt eine Versicherungsleistung für die gesondert berechnete Unterbringung im Einbettzimmer aus der Krankheitskostenvollversicherung erbracht wird. Diese Voraussetzung ist auch dann erfüllt, wenn die Versicherungsleistung aus der Krankheitskostenvollversicherung wegen einer tariflichen Selbstbeteiligung nicht zur Auszahlung kommt.
2 Ersatz-Krankenhaustagegeld	Bei Verzicht auf die Erstattung der gesondert berechenbaren Aufwendungen für die Unterbringung im Einbettzimmer wird ein Krankenhaustagegeld von täglich 25,00 EUR gezahlt. Dabei gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag. Leistungsvoraussetzung ist, dass für den stationären Aufenthalt eine Leistung aus der Krankheitskostenvollversicherung erbracht wird. Diese Voraussetzung ist auch dann erfüllt, wenn die Versicherungsleistung aus der Krankheitskostenvollversicherung wegen einer tariflichen Selbstbeteiligung nicht zur Auszahlung kommt.

Keine Selbstbeteiligung

Der Tarif EinbettPlus sieht keine Selbstbeteiligung vor.

Optionsrecht

Sieht die Krankheitskostenvollversicherung ein Optionsrecht vor, über das der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz bei bestimmten Anlässen vorübergehend reduzieren kann, gilt Folgendes:

Diese vorübergehende Reduzierung des Versicherungsschutzes in der Krankheitskostenvollversicherung kann dazu führen, dass die Versicherungsfähigkeit im Tarif EinbettPlus endet. In diesem Fall kann der Tarif EinbettPlus bei der späteren Rückumstellung der Krankheitskostenvollversicherung im Zuge des Optionsrechts wieder hinzuversichert werden. Das erneute Hinzuvorsichern des Tarifs EinbettPlus muss zum selben Termin wie die Rückumstellung der Krankheitskostenvollversicherung erfolgen. Dabei gelten die Fristen für die Ausübung des Optionsrechtes in der Krankheitskostenvollversicherung für den Tarif EinbettPlus entsprechend. Auf eine erneute Risikoprüfung und die Vereinbarung von Wartezeiten verzichtet die Generali abweichend von § 18 AVB/VV 2020. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen, die bei Entfall der Versicherungsfähigkeit im Tarif EinbettPlus bestanden haben, treten wieder in Kraft.

Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen, ob die Höhe des Ersatz-Krankenhaustagegeldes im Hinblick auf die Preisentwicklung noch angemessen ist. Das Ersatz-Krankenhaustagegeld kann angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

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 sonst 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 – die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung. – medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). – der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch. – weitere im Tarif genannte Ereignisse.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2020), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, 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) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
§ 4 Wartezeiten	Bei Personen, die aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden, wird auf Wartezeiten verzichtet, wenn die Versicherung zum unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden. Im Übrigen beträgt die Wartezeit drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate. Die Wartezeit entfällt – bei Unfällen. – für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung einer versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.
§ 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 Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines 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.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz bleibt die Generali ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Alternativ kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlags die Erstattung nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen (vgl. A 10, letzter Absatz) auch ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts mitversichern. Dieses Wahlrecht muss während der ersten 12 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen und entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, es sei denn, es wird eine anderweitige Vereinbarung getroffen.

Leistungen der Generali

§ 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:

- Name und Geburtsdatum der behandelten Person
- Krankheitsbezeichnung (Diagnose)
- Behandlungsdatum
- 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 vom Versicherungsnehmer gewünschte Überweisung auf ein Konto außerhalb des SEPA-Raumes sowie für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9 Verpfändung	Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
§ 10 Überschussbeteiligung/ Beitragsrückerstattung	Der Vorstand bestimmt 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 Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, 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. (2) SEPA-Lastschriftmandat 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 kein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wird, sind die Beiträge auf das von der Generali angegebene Konto zu zahlen.
§ 12 Berechnung des Beitrags	(1) Allgemeines Die Berechnung der Beiträge 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 sowie ggf. einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung. 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 der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. 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 bilden ist. (4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen Bei Beitragsänderungen kann die Generali auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(5) Risikozuschläge/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 Nichtzahlung der Beiträge

Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn die Generali. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt die Generali unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; die Generali kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

§ 14 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

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

§ 15 Beitragszuschlag bei Nicht- erfüllung der Versicherungs- pflicht

Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG, siehe Kundeninformation) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann von der Generali die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen der Generali durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 16

Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

(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 zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 3 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von der Generali überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Gleiches gilt, wenn die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 % ergibt.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs erforderliche Zuschlag (§ 18 Abs. 3) sowie der Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif und zur Umlage von Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif (§ 18 Abs. 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung bzw. 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

Tarifwechsel

(1) Wechsel in einen anderen Tarif

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die Generali ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die Generali bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählt. Der Wechselanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) ist ausgeschlossen.

(2) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG (siehe Kundeninformation) verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt. Der Anspruch auf Wechsel in den Basistarif besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif sowie zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

(3) Wechsel in den Standardtarif

Für substitutive Krankheitskostenversicherungen, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurden, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Kundeninformation) erfüllen, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Neben dem Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenversicherung bestehen. Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Zur Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

§ 19

Versicherung von Neugeborenen, Adoption

(1) Garantierter 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. Erfolgt der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche, kann die Kindernachversicherung gemäß den Bestimmungen des vorangegangenen Satzes auch dann erfolgen, wenn ein Elternteil am Tage der Geburt weniger als drei Monate bei der Generali versichert ist.

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 Geburtsschäden.

(2) Späterer Antrag/Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wird der Versicherungsschutz nach Ablauf der Anmeldefrist nach Abs. 1 beantragt oder ist der beantragte Versicherungsschutz für das Neugeborene höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils, ist eine Risikoprüfung erforderlich.

(3) Adoption

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

(4) 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)

§ 20 Allgemeines	Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in den §§ 21 bis 23 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.
§ 21 Einzelne Obliegenheiten	(1) Erteilung von Auskünften 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. (2) Ärztliche Untersuchung Auf Verlangen der Generali ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der Generali beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. (3) Schadenminderung Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. (4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Generali von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten. (5) Änderung von Name oder Anschrift Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Sonst gelten Erklärungen, die die Generali mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen. (6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen 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.
§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	(1) Abtretung 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. (2) Mitwirkung 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. (3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2, wird die Generali mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit sie infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.
§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer	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, gilt § 22 entsprechend.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	(1) Vertragsdauer Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden. (2) Berechnung des Versicherungsjahrs Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.
§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	(1) Allgemeine Kündigungsvoraussetzungen Soweit eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) besteht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nur dann kündigen, wenn die versicherte Person ohne Unterbrechung anderweitig krankenversichert wird. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden. Kenntnisnahme durch die versicherte Person und Nachweis der Folgeversicherung sind Wirksamkeitsvoraussetzungen für alle Kündigungen durch den Versicherungsnehmer. (2) Ordentliche Kündigung Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. (3) Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem die Generali ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht der Generali bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu. Kündigt der Versicherungsnehmer wegen Eintritts der Versicherungspflicht, kann er innerhalb der vorgenannten Kündigungsfristen außerdem die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer Krankheitskostenteilversicherung (Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) verlangen. Die Fortführung erfolgt ohne Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung, soweit sich der versicherte Leistungsumfang nicht erhöht. (4) Vertraglich geregelte Beitragsänderung 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. (5) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung 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 Änderungsmitteilung 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.

(6) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Erklärt die Generali eine Anfechtung oder einen Rücktritt nur für einzelne Personen oder Tarife, kann der Versicherungsnehmer 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.

(7) Übertragungswert

Für ab dem 1.1.2009 geschlossene Krankheitskostenversicherungen kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung der Versicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG, siehe Kundeninformation) bei einem anderen Versicherer verlangen, dass der Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) an den neuen Versicherer übertragen wird.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann die Generali den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(8) Fortführung als Anwartschaftsversicherung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 26

Kündigung durch die Generali

Die Generali kann die Versicherung nicht ordentlich kündigen.

§ 27

Beendigung und Fortsetzung der Versicherung

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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 zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

(2) 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.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Hierzu gilt § 6 Abs. 2 und 3.

(4) 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 zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

Weitere Regelungen

§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen der Generali ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
§ 29 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
§ 30 Gerichtsstand	(1) Klagen des Versicherungsnehmers 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. (2) Klagen der Generali 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. (3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz 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.
§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der Generali bedürfen der Textform.
§ 32 Verjährung	(1) Verjährungsfrist 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. (2) Hemmung der Verjährung 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.

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

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

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 der Rechtsweg offen.

Generali Deutschland Krankenversicherung AG
Hansaring 40-50
50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe