

Vita

	Seite		Seite
Präambel.....	2	F Tarif VitaJ: Besondere Versicherungsleistungen für Kinder und Jugendliche.....	14
A Allgemeine Regelungen	3	G Tarif VitaR: Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen ...	16
B Tarif VitaA: Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung	6	H Optionsrechte	18
C Tarif VitaS: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung	9	I Dynamisierung	19
D Tarif VitaZ: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	11	Anlage 1 Unfall	20
E Tarif VitaP: Versicherungsleistungen bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Heilbehandlung mit garantierter Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung).....	13	Anlage 2 Schwere Erkrankung.....	21
		Anlage 3 Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel	22
		Anlage 4 Leistungsverzeichnis für Hilfsmittel.....	25
		Anlage 5 Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen	26

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011)

	Seite		Seite
Versicherungsschutz		Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 1 Gegenstand der Versicherung	29	§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag	33
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	29	§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen...33	
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	29	§ 18 Tarifwechsel.....	33
§ 4 Wartezeiten	29	§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption	34
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	29	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalt	30	§ 20 Allgemeines	34
Leistungen des Versicherers		§ 21 Einzelne Obliegenheiten	34
§ 7 Fälligkeit der Leistungen	30	§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	35
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen	30	§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer	35
§ 9 Verpfändung.....	31	Dauer und Ende der Versicherung	
§ 10 Überschussbeteiligung	31	§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	35
Beiträge		§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	35
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	31	§ 26 Kündigung durch den Versicherer	36
§ 12 Berechnung des Beitrags	31	§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung	36
§ 13 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	32	Weitere Regelungen	
§ 14 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	32	§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	37
§ 15 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung	32	§ 29 Anwendbares Recht	37
		§ 30 Gerichtsstand	37
		§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	37
		§ 32 Verjährung	37
		Streitschlichtungsstellen	38

Präambel

Der Vita gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Vita sind Personen, die Mitglied bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen GKV oder in der Bundesrepublik Deutschland einen der deutschen GKV gleichartigen Anspruch haben.

Nach Tarif VitaJ sind zudem nur Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versicherungsfähig.

Nach Tarif VitaR sind nur Personen versicherungsfähig, für die Versicherungsschutz nach mindestens einem weiteren Tarif des Vita besteht.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit die Versicherung nach Tarif Vita. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Generali innerhalb eines Monats in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Vita – Versicherungsschutz nach dem Bausteinprinzip

Der Tarif Vita ist nach dem Bausteinprinzip aufgebaut. Tarif VitaA bietet Versicherungsschutz bei ambulanter Heilbehandlung, Tarif VitaS bei stationärer Heilbehandlung und Tarif VitaZ bei zahnärztlicher Behandlung. Die Tarife werden in den Leistungsstufen ECO, PLUS und TOP angeboten. Sie können einzeln abgeschlossen oder – auch in unterschiedlichen Leistungsstufen – miteinander kombiniert werden.

Leistungsstufen	Ambulant Tarif VitaA	Stationär Tarif VitaS	Zahn Tarif VitaZ
TOP	VitaA1	VitaS1	VitaZ1
PLUS	VitaA2	VitaS2	VitaZ2
ECO	VitaA3	VitaS3	VitaZ3

Der Tarif VitaP bietet kombinierten Versicherungsschutz bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Heilbehandlung gemäß nachstehender Tabelle. Leistungsumfang und Leistungsvoraussetzungen nach Tarif VitaP ergeben sich aus den Tarifen VitaA, VitaS und VitaZ in der jeweiligen Leistungsstufe. Zusätzlich beinhaltet der Tarif VitaP eine garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung).

Tarif	Versicherungsschutz entspricht den Tarifen
VitaP111	VitaA1 + VitaS1 + VitaZ1
VitaP222	VitaA2 + VitaS2 + VitaZ2
VitaP333	VitaA3 + VitaS3 + VitaZ3

Der Tarif VitaJ beinhaltet besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche. Er kann einzeln oder in Kombination mit anderen Tarifen des Vita abgeschlossen werden.

Der Tarif VitaR bietet Versicherungsschutz bei Auslandsreisen. Er kann nicht einzeln, sondern nur in Kombination mit anderen Tarifen des Vita abgeschlossen werden.

Tarif	Versicherungsschutz
VitaJ	Besondere Leistungen für Kinder und Jugendliche
VitaR	Leistungen bei Auslandsreisen

Bei geschlechtsunabhängigen Beiträgen wird der Tarifbezeichnung der Zusatz U angehängt. Abweichend hiervon lautet die Tarifbezeichnung für die geschlechtsunabhängigen Beiträge VitaP1U für VitaP111, VitaP2U für VitaP222 und VitaP3U für VitaP333.

Familienrabatt

Der Beitrag für Kinder und Jugendliche in den Tarifen VitaA, VitaS, VitaZ, VitaP und VitaJ reduziert sich bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, wenn und solange im selben Versicherungsvertrag für eine Person, die das 21. Lebensjahr vollendet hat, Versicherungsschutz nach Tarifen mit ambulanten, stationären und zahnärztlichen Leistungen besteht. Eine Auslandsreisekrankenversicherung bleibt dabei unberücksichtigt.

A Allgemeine Regelungen

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem Tarif und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011).

Für die im Tarif jeweils versicherten Leistungen gelten die nachfolgenden allgemeinen Regelungen.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandler

Ärzte und Zahnärzte

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V oder in Notfallambulanzen in Anspruch nehmen, soweit die Abrechnung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt.

Psychotherapeuten

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei. Voraussetzung ist, dass die Behandlung in eigener Praxis, einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis, einem MVZ oder einem Krankenhaus stattfindet.

Hebammen und Entbindungspfleger

Der versicherten Person steht bei Schwangerschaft und Entbindung die Wahl unter den Hebammen und Entbindungspflegern frei.

Heilpraktiker

Der versicherten Person steht die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei.

Sonstige Heilberufe

Auf ärztliche Verordnung steht der versicherten Person die Wahl unter Beschäftigungs-/ Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden/Sprachheilpädagogen, Masseuren, Medizinischen Bademeistern, Physiotherapeuten und Podologen frei.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und sonstige Behandler, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Ist zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten und noch nicht beendet, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.
- 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 2 Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von niedergelassenen oder in MVZ oder Notfallambulanzen tätigen approbierten Ärzten und Zahnärzten oder von Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung erstattungsfähig, sofern aus medizinischen Gründen eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind: Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Verbesserung des Haarwuchses. Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.

A 3 Behandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung steht der versicherten Person die Wahl frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Ist zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten und noch nicht beendet, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

A 4 Behandlung in sog. gemischten Anstalten	<p>Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von A 3 erfüllen (sog. gemischte Anstalten), werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn die Generali diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Die vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – es sich um eine Notfallbehandlung handelt, – die gemischte Anstalt das einzige Versorgungskrankenhaus am Wohnort des Versicherten oder in der Umgebung ist oder – während des Aufenthalts in der gemischten Anstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert.
A 5 Rehabilitationsmaßnahmen	<p>Die Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme (einschließlich Anschlussheilbehandlung) sind erstattungsfähig, soweit die Generali vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, ist die Generali nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.</p>
A 6 Kur- und Sanatoriumsbehandlung	<p>Die Aufwendungen einer ambulanten Kurbehandlung oder stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sind nicht erstattungsfähig.</p>
A 7 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	<p>Die Generali leistet im vertraglichen 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. Die Generali kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.</p>
A 8 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	<p>Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, der Hebammen-Vergütungsvereinbarung oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker entsprechen.</p> <p>Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung oder die Höchstbeträge der Gebührenverzeichnisse überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit.</p> <p>In den Tarifen VitaA1, VitaS1, VitaZ1 und VitaJ sind bei ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung.</p> <p>Im Übrigen gilt hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln das Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (Anlage 3), hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln das Leistungsverzeichnis für Hilfsmittel (Anlage 4) und hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von zahntechnischen Leistungen das Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (Anlage 5).</p>
A 9 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	<p>Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die Generali ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.</p> <p>Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die Generali insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.</p>
A 10 Berücksichtigung von Leistungen der GKV und anderer Kostenträger	<p>Leistungen der GKV werden als Vorleistung auf die tarifliche Leistung angerechnet. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser ebenfalls zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV und wird somit nicht erstattet.</p> <p>Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist die Generali nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.</p> <p>Mit dem Erstattungsantrag sind stets Nachweise über die Höhe der Vorleistung der GKV und ggf. weiterer Kostenträger zu erbringen.</p>
A 11 Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>

A 12 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 13 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel	Sieht bei einem Tarifwechsel der Zieltarif bei einzelnen Versicherungsleistungen eine summenmäßige Begrenzung für einen Zeitraum vor, werden die im bisherigen Tarif für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen auf die entsprechenden Leistungen im Zieltarif angerechnet.
A 14 Einschränkung der Leistungspflicht	<p>Keine Leistungspflicht besteht für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist. – Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. – vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen. – Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
A 15 Auskunftsrechte	<p>Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen</p> <p>Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.</p> <p>Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen</p> <p>Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner 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. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.</p>

B Tarif VitaA: Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung

Der Tarif VitaA gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, H und I, den Anlagen 1 bis 4 sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähig nach Tarif VitaA sind bei ambulanter Heilbehandlung die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen. Zahnärztliche Leistungen sind nach Tarif VitaA nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähige Aufwendungen bei ambulanter Heilbehandlung		Erstattungsumfang nach Tarif		
		VitaA3 (ECO)	VitaA2 (PLUS)	VitaA1 (TOP)
B 1	Vorsorgeuntersuchungen und Präventionskurse Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeleistungen: <ul style="list-style-type: none"> – Krebsfrüherkennung (z. B. Mammographie, Sonographie, Hautkrebs-Screening und PSA-Test) – Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (z. B. großer Gesundheits-Check, Schlaganfall-Check, Hirnleistungs-Check, Schilddrüsen-Check, Glaukomvorsorge, Osteoporose-Früherkennung) – Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Neugeborenen-Audio-Check, Schiellvorsorge, zusätzliche Intervall-Checks U10, U11, J2) – Zusatzdiagnostik in der Schwangerschaft (z. B. Triple-Test, zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, Nackentransparenzmessung) <p>Erstattungsfähig sind außerdem Aufwendungen für individuelle Maßnahmen zur primären Prävention (z. B. Rückengymnastik/ Rückenschule, Raucherentwöhnungskurse, Ernährungsberatungskurse), sofern eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p> <p>Aufwendungen für Fitnessstudios und Sportvereine sind nicht erstattungsfähig.</p>	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV Die tarifliche Höchsterstattung für Aufwendungen nach B 1 beträgt insgesamt 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV Die tarifliche Höchsterstattung für Aufwendungen nach B 1 und B 2 beträgt insgesamt 800,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV Die tarifliche Höchsterstattung für Aufwendungen nach B 1, B 2 und B 3 beträgt insgesamt 1.600,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.
B 2	Naturheilverfahren und alternative Medizin Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Naturheilverfahren und Leistungen der alternativen Medizin einschließlich verordneter Arzneien, soweit diese von einem Arzt oder einem Heilpraktiker erbracht bzw. verordnet werden. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.	keine Leistung		
B 3	Ärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen der in A 1 genannten Behandler Aufwendungen für Psychotherapie sind für bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr erstattungsfähig. – Arznei- und Verbandmittel – Heilmittel, soweit sie im Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 3) aufgeführt sind – Hilfsmittel, soweit sie im Leistungsverzeichnis für Hilfsmittel (vgl. Anlage 4) aufgeführt sind Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte sind gemäß B 4 und B 5 erstattungsfähig. 	keine Leistung	keine Leistung	

B 4 Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen).</p> <p>Bei Versicherten bis einschließlich Alter 17 sind Aufwendungen nur erstattungsfähig, sofern eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p> <p>Reparaturkosten und Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>ab Alter 18: 100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p> <p>bis einschl. Alter 17: 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 100,00 EUR je Versicherungsfall.</p>	<p>ab Alter 18: 100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p> <p>bis einschl. Alter 17: 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 200,00 EUR je Versicherungsfall.</p>	<p>ab Alter 18: 100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 400,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p> <p>bis einschl. Alter 17: 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 400,00 EUR je Versicherungsfall.</p>
B 5 Hörgeräte	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hörgeräte, sofern eine Vorleistung der GKV nachgewiesen wird.</p> <p>Reparatur- und Betriebskosten (z. B. Batterien) sind nicht erstattungsfähig.</p>	keine Leistung	<p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 800,00 EUR je Versicherungsfall und Ohr.</p>	<p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 1.600,00 EUR je Versicherungsfall und Ohr.</p>
B 6 Privatpatient nach Unfall	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Leistungen, die aufgrund eines Unfalls notwendig werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen der in A 1 genannten Behandler Aufwendungen für Psychotherapie sind für bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr erstattungsfähig. – Arznei- und Verbandmittel – Heilmittel, soweit sie im Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 3) aufgeführt sind – Hilfsmittel, soweit sie im Leistungsverzeichnis für Hilfsmittel (vgl. Anlage 4) aufgeführt sind Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte sind gemäß B 4 bzw. B 5 erstattungsfähig. <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass aufgrund des Unfalls ein mindestens 14-tägiger ununterbrochener vollstationärer Krankenhausaufenthalt vorangegangen ist.</p> <p>Die Leistungspflicht endet spätestens 24 Monate nach dem Unfallereignis.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV bei einem Unfall unter den in Anlage 1 genannten Bedingungen</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV bei einem Unfall unter den in Anlage 1 genannten Bedingungen</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV bei einem Unfall unter den in Anlage 1 genannten Bedingungen</p>

<p>B 7 Privatpatient bei schwerer Erkrankung</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Leistungen, die aufgrund einer schweren Erkrankung notwendig werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen der in A 1 genannten Behandler Aufwendungen für Psychotherapie sind für bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr erstattungsfähig. – Arznei- und Verbandmittel – Heilmittel, soweit sie im Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 3) aufgeführt sind – Hilfsmittel, soweit sie im Leistungsverzeichnis für Hilfsmittel (vgl. Anlage 4) aufgeführt sind Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte sind gemäß B 4 bzw. B 5 erstattungsfähig. 	keine Leistung	keine Leistung	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV bei einer schweren Erkrankung unter den in Anlage 2 genannten Bedingungen</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die schwere Erkrankung fachärztlich festgestellt und durch klinische, radiologische oder histologische Befunde bzw. Laborbefunde bestätigt worden ist.</p>
---	----------------	----------------	---

C Tarif VitaS: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

Der Tarif VitaS gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, H und I, den Anlagen 1 und 2 sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähig nach Tarif VitaS sind bei stationärer Heilbehandlung die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen. Zahnärztliche Leistungen sind nach Tarif VitaS nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähige Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung		Erstattungsumfang nach Tarif		
		VitaS3 (ECO)	VitaS2 (PLUS)	VitaS1 (TOP)
C 1	Zuzahlung im Krankenhaus Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Zuzahlung im Krankenhaus nach § 39 Abs. 4 SGB V.	keine Leistung	100 %	100 %
C 2	Freie Krankenhauswahl Erstattungsfähig sind die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass ein Versicherter ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt. Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie bei einer Vorleistung der GKV zu erstatten wären.	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV
C 3	Transportkosten zum und vom Krankenhaus Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von jeweils 100 km. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig. Notfalltransporte in ein Krankenhaus sind auch erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme nicht erfolgt.	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV
C 4	Ambulante Operationen Erstattungsfähig bei einer ambulant durchgeführten Operation sind Aufwendungen für: – ärztliche Leistungen – einen medizinisch notwendigen Transport in unmittelbarem Zusammenhang mit der ambulanten Operation – eine medizinisch notwendige Unterbringung im Anschluss an eine ambulante Operation für einen Tag oder eine Nacht außerhalb der Arztpraxis	keine Leistung	100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 50 %. Die tarifliche Höchsterstattung für Transport und Unterbringung beträgt insgesamt 200,00 EUR je Operation.	100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 50 %. Die tarifliche Höchsterstattung für Transport und Unterbringung beträgt insgesamt 200,00 EUR je Operation.
C 5	Bergungskosten	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.

C 6	Wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV
C 7	Belegärztliche Leistungen			
C 8	Ersatz-Krankenhaustagegeld Bei Verzicht auf die Erstattung gesondert berechneter ärztlicher Leistungen nach C 6 und C 7 wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von täglich 50,00 EUR gezahlt.	– bei einem Unfall unter den in Anlage 1 genannten Bedingungen Die Leistungspflicht endet spätestens 24 Monate nach dem Unfallereignis.	– bei einem Unfall unter den in Anlage 1 genannten Bedingungen Die Leistungspflicht endet spätestens 24 Monate nach dem Unfallereignis.	
C 9	Mehrkosten der gesondert berechneten Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer			
C 10	Einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine unmittelbar vor bzw. nach der leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- bzw. Abschlussuntersuchung durch den Chef- oder Belegarzt.		– bei einer schweren Erkrankung unter den in Anlage 2 genannten Bedingungen Leistungs Voraussetzung ist, dass die schwere Erkrankung fachärztlich festgestellt und durch klinische, radiologische oder histologische Befunde bzw. Laborbefunde bestätigt worden ist.*	
C 11	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V, sofern eine Vorleistung der GKV nachwiesen wird.			
C 12	Grundgebühr für Telefon, TV, Internet			
C 13	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. Eine intensivmedizinische Betreuung während des Transportes ist im Rahmen der Wunschverlegung nicht erstattungsfähig.			

* Kann die schwere Erkrankung ausschließlich im Rahmen einer stationären Behandlung sicher diagnostiziert werden, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend. Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der in Anlage 2 genannten schweren Erkrankungen vorliegt, endet die Leistungspflicht der Generali spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat die Generali unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren.

D Tarif VitaZ: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif VitaZ gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, H und I, der Anlage 5 sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähig nach Tarif VitaZ sind bei zahnärztlicher Behandlung die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen unter Berücksichtigung der Regelungen zum Heil- und Kostenplan und zur Zahnstaffel.

Heil- und Kostenplan

Bei Leistungen nach D 1 und D 2 ist bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 3.000,00 EUR vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Die Generali prüft den Heil- und Kostenplan und teilt schriftlich die zu erwartende Versicherungsleistung mit. Bei fehlender vorheriger Leistungszusage wird der 3.000,00 EUR übersteigende Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nur zur Hälfte des tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet.

Zahnstaffel

Der Erstattungsumfang für alle unter D 1 aufgeführten Aufwendungen wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif VitaZ1, VitaZ2 bzw. VitaZ3 begrenzt, und zwar:

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

Die vorgenannte Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung.

Eine unmittelbar vorangegangene Versicherung nach einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung – mit Ausnahme der Auslandsreisetarife – wird auf die Zahnstaffel angerechnet. Hierbei wird auf den Versicherungsbeginn im bisherigen Tarif abgestellt und die nach diesem Tarif erbrachten Versicherungsleistungen werden – begrenzt auf die obigen Beträge – berücksichtigt.

Erstattungsfähige Aufwendungen bei zahnärztlicher Behandlung		Erstattungsumfang nach Tarif		
		VitaZ3 (ECO)	VitaZ2 (PLUS)	VitaZ1 (TOP)
D 1 Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen				
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate), Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars sowie funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Maßnahmen. Im Rahmen der implantologischen Leistungen sind auch augmentative Leistungen erstattungsfähig.				
Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 5) erstattungsfähig.				
		70 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 35 %. Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV.	80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 40 %. Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV.	90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 45 %. Wird ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen, erhöht sich der Erstattungssatz auf 100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV.
D 2 Zahnbehandlung, Parodontosebehandlung				
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen) und parodontologische Leistungen, einschließlich des zahnärztlichen Honorars.				
Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 5) erstattungsfähig.				
		keine Leistung	80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 40 %.	90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 45 %.

<p>D 3 Prophylaktische Leistungen</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für prophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Parodontalrisiko-Test).</p>	keine Leistung	<p>80 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p>	<p>90 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p>
--	----------------	---	---

E Tarif VitaP: Versicherungsleistungen bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Heilbehandlung mit garantierter Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung)

Der Tarif VitaP gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A bis D, H und I, den Anlagen 1 bis 5 sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Versicherungsschutz

Der Tarif VitaP bietet kombinierten Versicherungsschutz bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Heilbehandlung gemäß nachstehender Tabelle. Leistungsumfang und Leistungsvoraussetzungen im Tarif VitaP ergeben sich aus den Tarifen VitaA, VitaS und VitaZ in der jeweiligen Leistungsstufe. Zusätzlich beinhaltet der Tarif VitaP eine garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung).

Tarif VitaP	Versicherungsschutz entspricht den Tarifen
VitaP111	VitaA1 + VitaS1 + VitaZ1
VitaP222	VitaA2 + VitaS2 + VitaZ2
VitaP333	VitaA3 + VitaS3 + VitaZ3

Pauschalleistung

1. Voraussetzungen

Im Tarif VitaP wird eine Pauschalleistung für ein leistungsfreies Kalenderjahr (Anspruchsjahr) gezahlt, wenn

- für das gesamte Anspruchsjahr weder für Tarif VitaP noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenversicherung (Ausnahme: Tarif VitaR) bei der Generali Versicherungsleistungen beansprucht wurden, und
- im Anspruchsjahr für mindestens einen Monat Versicherungsschutz nach Tarif VitaP bestand, und
- der Versicherungsschutz nach Tarif VitaP oder einer Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali ununterbrochen, also insbesondere ohne Anwartschaft bis zum 30.06. des Folgejahres fortbestanden hat, und
- im Anspruchsjahr sowie bis zum 30.06. des Folgejahres kein Beitragsverzug bestanden hat.

2. Höhe

Die Höhe der Pauschalleistung für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der nachstehenden Tabelle. Bei unterjährigem Versicherungsbeginn oder Tarifwechsel berechnet sich die Pauschalleistung anteilig entsprechend der Anzahl der im Tarif VitaP im Anspruchsjahr versicherten Monate.

Tarif VitaP	Erwachsene	Kinder/Jugendliche
VitaP111	250,00 EUR	125,00 EUR
VitaP222	150,00 EUR	75,00 EUR
VitaP333	50,00 EUR	25,00 EUR

3. Auszahlung

Die Pauschalleistung wird jeweils im zweiten Kalenderhalbjahr des auf das Anspruchsjahr folgenden Jahres gezahlt. Nach Auszahlung der Pauschalleistung werden Aufwendungen, die im Anspruchsjahr entstanden sind, unter Anrechnung der gezahlten Pauschalleistung erstattet.

Der Tarif VitaJ gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, H und I, der Anlage 5 sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
<p>F 1 Leistungen bei Eintritt einer schweren Erkrankung, Unfallfolge oder Pflegebedürftigkeit</p> <p>Bei Eintritt einer der nachfolgend aufgeführten schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen oder bei Einstufung in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI sind nachfolgende Aufwendungen erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Untersuchungen und Behandlungen (z. B. Behandlung als Privatpatient) – besondere Therapieformen (z. B. therapeutisches Reiten, Delfintherapie, Osteopathie) – sonstige notwendige Maßnahmen (z. B. behindertengerechter Umbau des Wohnraums, Decken-/ Treppenliftersystem, Spezial-Rollstuhl) <p>I. Definition</p> <p>Als schwere Erkrankungen oder Unfallfolgen gelten ausschließlich:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z. B. Bypass-Operationen) b) Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall) e) Knochenmarksversagen f) Multiple Sklerose g) Operation am Gehirn bei Neubildungen h) Operation eines Hirn- oder Aortenaneurysmas (krankhafte Erweiterung eines Blutgefäßes) i) Organtransplantation, sofern die versicherte Person Empfänger eines Herzens, einer Herzklappe, Lunge, Leber, Dünndarms, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks ist j) Amputation oder unfallbedingter Verlust von Hand, Unterarm, Arm, Fuß, Unterschenkel oder Bein k) Apallisches Syndrom (Wachkoma) l) Erblindung auf beiden Augen m) Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT III) n) Poliomyelitis (Kinderlähmung) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung o) Schwere anerkannte Impfschäden mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung p) Schwere Entzündung des Gehirns und/oder der Hirnhaut (Enzephalitis bzw. Meningitis) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung q) Traumatisch bedingte Querschnittslähmung r) Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche <p>II. Leistungsvoraussetzungen</p> <p>Leistungsvoraussetzungen sind, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> – die schwere Erkrankung oder Unfallfolge fachärztlich festgestellt und durch klinische, radiologische oder histologische Befunde bzw. Laborbefunde bestätigt worden ist; bei Pflegebedürftigkeit ist der Generali die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorgenommene Einstufung in den Pflegegrad nachzuweisen, und – die Aufwendungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der schweren Erkrankung, Unfallfolge oder Pflegebedürftigkeit stehen, und – die entstandenen Kosten nachgewiesen werden. <p>III. Leistungsausschlüsse</p> <p>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.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle – insgesamt 25.000,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>

<p>F 2 Nachhilfeunterricht bei Schulunfähigkeit</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn die versicherte Person aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls für die Dauer von voraussichtlich mindestens sechs Wochen nicht am Schulunterricht teilnehmen kann. Der Versicherungsschutz umfasst die im Zeitraum von Beginn der Schulunfähigkeit bis drei Monate nach Wiederherstellung der Schulfähigkeit entstandenen Aufwendungen.</p> <p>Voraussetzung ist, dass der Unterricht von einer ausgebildeten Lehrperson bzw. einem Nachhilfeeinrichtung durchgeführt wird. Die Dauer der voraussichtlichen Schulunfähigkeit ist durch ärztliches Attest nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Schulfähigkeit ist der Generali unverzüglich anzuzeigen.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt 1.000,00 EUR je Versicherungsfall.</p>
<p>F 3 Begleitperson im Krankenhaus</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p>
<p>F 4 Kieferorthopädie</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 5) erstattungsfähig.</p> <p>Der Erstattungsumfang wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif VitaJ begrenzt, und zwar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns auf 200,00 EUR – in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 400,00 EUR – in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 600,00 EUR – in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 800,00 EUR – in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,00 EUR <p>Die vorgenannte Begrenzung des Erstattungsumfangs in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn entfällt bei unfallbedingter Behandlung.</p>	<p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Wird eine Vorleistung der GKV nicht nachgewiesen, beträgt der Erstattungssatz 50 %.</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle – insgesamt 2.000,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>
<p>F 5 Kunstharz- oder Kompositversiegelung (Fissurenversiegelung)</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Fissurenversiegelung zur Kariesprophylaxe.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p> <p>Die tarifliche Höchsterstattung beträgt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle – insgesamt 200,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>

Ende der Versicherung nach Tarif VitaJ, Fortführung nach Tarif VitaZ1

Die Versicherung nach Tarif VitaJ endet mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet. Sie wird vom Beginn des Folgemonats an ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach Tarif VitaZ1 fortgeführt. Der Versicherungsnehmer kann der Fortführung nach Tarif VitaZ1 bis zu zwei Monate nach Erhalt der Mitteilung über die Vertragsänderung widersprechen oder eine Fortführung nach Tarif VitaZ2 oder VitaZ3 verlangen.

G Tarif VitaR: Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen

Der Tarif VitaR gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A und I, den Anlagen 3 und 4 sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011). Abweichend von A 1 aus Abschnitt A steht der versicherten Person die Wahl ausschließlich unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei.

Versicherungsschutz

Versicherungsschutz besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für private Auslandsreisen mit einer Dauer von bis zu acht Wochen. Bei einem längeren Aufenthalt besteht Versicherungsschutz nur für die ersten acht Wochen der Auslandsreise.

Bei Reisen, die ausschließlich oder überwiegend beruflichen Zwecken dienen, besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn die Auslandsreise einen Zeitraum von zehn Tagen nicht übersteigt.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über acht Wochen bzw. zehn Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt im Ausland. Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person nicht ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Deutschland gilt nicht als Ausland.

Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 4 AVB/ZV 2011 entfallen im Tarif VitaR.

Obliegenheit

Beginn und Ende der Auslandsreise sind dem Versicherer im Leistungsfall nachzuweisen.

Alterungsrückstellung, Überschussbeteiligung und Beiträge

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis im Sinne von § 12 Abs. 3 AVB/ZV 2011 wird nicht gebildet. Deshalb findet § 10 Satz 2 AVB/ZV 2011 keine Anwendung. Die Beitragsberechnung einschließlich der Beitragsanpassung (§§ 12 und 16 AVB/ZV 2011) erfolgt nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs VitaR.

Erstattungsfähige Aufwendungen bei Auslandsreisen	Erstattungsumfang
G 1 Behandlungen akuter Erkrankungen während einer Auslandsreise I. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für: a) ambulante ärztliche Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel Die Aufwendungen für Heilmittel sind nur erstattungsfähig, soweit sie im Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 3) aufgeführt sind. c) die Miete von Hilfsmitteln, sofern sie im Leistungsverzeichnis für Hilfsmittel (vgl. Anlage 4) aufgeführt sind und erstmals erforderlich werden. Ist eine Miete nicht möglich, werden die Aufwendungen für den Erwerb dieser Hilfsmittel in einfacher Ausführung erstattet. Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte sind nicht erstattungsfähig. d) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus e) den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus f) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (keine Inlays) sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen II. Keine Leistungspflicht besteht für: a) Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reiseantritt bereits feststand b) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind, es sei denn, dass bei aus medizinischer Sicht bestehender Reisefähigkeit während des Auslandsaufenthalts eine behandlungsbedürftige akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes eintritt c) Krankheiten und Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war d) Behandlungen geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychiatrie und Psychotherapie e) Maßnahmen zur Schwangerschaftsvorsorge und zur Entbindung, es sei denn, diese sind unvorhergesehen und medizinisch notwendig f) Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung)	100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV

<p>g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschl. Zahnkronen und Inlays sowie für Kieferorthopädie</p> <p>h) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung</p>	
<p>G 2 Krankenrücktransport aus dem Ausland</p> <p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten eines ärztlich verordneten Rücktransportes aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – dieser medizinisch notwendig ist, d.h. wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder – aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung oder Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde und die Generali innerhalb der ersten Woche nach Beginn der Behandlung über den beabsichtigten Rücktransport informiert wird. <p>Mehrkosten sind die für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV</p>
<p>G 3 Überführung/Bestattung im Todesfall</p> <p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Mehrkosten, die durch die Bestattung am ausländischen Sterbeort entstehen, oder die Mehrkosten der Überführung des Verstorbenen an dessen letzten Wohnsitz.</p> <p>Mehrkosten sind die Kosten, welche die beim Tod des Versicherten am Wohnsitz üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.</p> <p>Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV bis zu 10.000,00 EUR</p>
<p>G 4 Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder</p> <p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten der Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und – keine andere mitreisende erwachsene Person die Betreuung der Kinder übernehmen kann und – für die Kinder bei der Generali Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung besteht. <p>Mehrkosten sind die durch die Rückführung an den Wohnsitz zusätzlich entstehenden Kosten einschließlich der Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer evtl. Vorleistung der GKV bis zu 5.000,00 EUR je Versicherungsfall</p>

Voraussetzungen für die Ausübung der Optionsrechte

Die Optionsrechte H 1 bis H 4 können ausgeübt werden, sofern die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht ab Versicherungsbeginn im Vita gleichzeitig Versicherungsschutz nach den Tarifen VitaA, VitaS und VitaZ oder gleichzeitig Versicherungsschutz nach den Tarifen VitaA, VitaS und VitaJ oder Versicherungsschutz nach Tarif VitaP.
- Der Versicherungsschutz im Vita wurde zu keinem Zeitpunkt durch Kündigung eines Tarifs oder durch Wahl einer niedrigeren Leistungsstufe reduziert.

Ausnahme: Der Versicherungsschutz wurde durch Wahl einer niedrigeren Leistungsstufe reduziert innerhalb der ersten zwölf Monate nach

- Geburt eines Kindes, sofern es im selben Vertrag versichert wird. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich.
- Eintritt von Arbeitslosigkeit, sofern der Eintritt der Arbeitslosigkeit zum Zeitpunkt der Reduzierung des Versicherungsschutzes nachgewiesen wurde.
- Die versicherte Person hat zum Optionstermin das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Optionstermin bestand kein Beitragsverzug.
- Der Versicherungsnehmer beantragt die Umstellung in Textform spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins.

Risikoeinstufung bei Ausübung der Optionsrechte

Bei Ausübung der Optionsrechte H 1 bis H 4 ist für die Risikoeinstufung in den jeweiligen Zieltarifen der zu Versicherungsbeginn im Vita erfasste Gesundheitszustand der versicherten Person maßgebend. Spätere Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bleiben bei der Risikoeinstufung in den Zieltarifen unberücksichtigt.

H 1 Optionsrecht auf Höherversicherung

1. Inhalt

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten umgestellt wird in

- a) höherwertige Leistungsstufen der Tarife VitaA, VitaS und/oder VitaZ oder in eine höherwertige Leistungsstufe des Tarifs VitaP.
- b) eine Krankheitskostenvollversicherung, sofern für die versicherte Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Umstellung weder Versicherungspflicht in der GKV noch ein Anspruch auf Familienversicherung besteht. Dabei besteht zudem das Recht auf Abschluss einer Krankentagegeldversicherung bis zur Höhe des Nettoeinkommens, maximal jedoch bis zu einem Tagesgeldsatz von 130,00 EUR, sowie auf Abschluss einer privaten Pflegepflichtversicherung.

2. Optionstermin

Das Optionsrecht H 1 kann erstmals zum 01.01.2012 und anschließend in Abständen von zwei Jahren jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, also zum 01.01.2014, 01.01.2016, 01.01.2018 usw., ausgeübt werden.

Zusätzlich besteht ein Optionsrecht nach Nummer 1. b) bei erstmaliger Möglichkeit des Wechsels aus der GKV in die private Krankheitskostenvollversicherung. Das Optionsrecht nach Nummer 1. b) besteht außerdem bei Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung, sofern keine Versicherungspflicht in der GKV eintritt.

H 2 Optionsrecht nach Geburt eines Kindes (Familien-Optionsrecht)

1. Inhalt

Wurde der Versicherungsschutz einer versicherten Person innerhalb der ersten zwölf Monate nach der Geburt eines Kindes, das im selben Vertrag versichert wird, durch Wahl einer niedrigeren Leistungsstufe reduziert, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung in die zuvor bestehenden Tarife ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten verlangen.

2. Optionstermin

Das Optionsrecht H 2 kann zu folgenden Zeitpunkten ausgeübt werden:

- bei Wiederaufnahme bzw. Ausweitung der Erwerbstätigkeit, die anlässlich der Geburt des Kindes aufgegeben bzw. reduziert wurde
- zum Ende der Elternzeit
- 36 bzw. 60 Monate nach der Geburt des Kindes

Die Rückumstellung muss spätestens 60 Monate nach der Geburt des Kindes erfolgen. Wird innerhalb dieses Zeitraums ein weiteres Kind geboren, gilt die Umstellungsfrist ab dessen Geburt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich.

H 3 Optionsrecht nach dem Eintritt von Arbeitslosigkeit

1. Inhalt

Wurde der Versicherungsschutz einer versicherten Person innerhalb der ersten zwölf Monate nach dem Eintritt von Arbeitslosigkeit durch Wahl einer niedrigeren Leistungsstufe reduziert, kann der Versicherungsnehmer die Rückumstellung in die zuvor bestehenden Tarife ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten verlangen. Die Beendigung einer geringfügigen Beschäftigung gilt nicht als Eintritt von Arbeitslosigkeit.

2. Optionstermin

Das Optionsrecht H 3 kann zu folgenden Zeitpunkten ausgeübt werden:

- bei Wiederaufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit
- 36 bzw. 60 Monate nach Eintritt der Arbeitslosigkeit

Die Rückumstellung muss spätestens 60 Monate nach dem Eintritt der Arbeitslosigkeit erfolgen.

H 4 Optionsrecht auf Erweiterung des Versicherungsschutzes (Erweiterungsgarantie)

1. Inhalt

Führt die Generali anlässlich zukünftiger Leistungseinschränkungen in der GKV neue Tarife in der Krankheitskostenzusatzversicherung ein, kann der Versicherungsnehmer die Erweiterung des Versicherungsschutzes im Rahmen dieser Tarife ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten verlangen.

2. Optionstermin

Das Optionsrecht H 4 kann zum Zeitpunkt der Bekanntgabe der neuen GKV-Zusatztarife der Generali ausgeübt werden.

I Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen, ob die im Preis-/ Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 3), die im Leistungsverzeichnis für Hilfsmittel (vgl. Anlage 4) sowie die im Preis-/ Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 5) 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 alle im Vita betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Pauschalleistungen sowie den Familienrabatt (vgl. Präambel).

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

Anlage 1 gilt für die Tarife VitaA1, VitaA2, VitaA3 (B 6) und VitaS2, VitaS3 (C 6 bis C 13).

1. Definition

Ein Unfall liegt vor, wenn

- a) die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder
- b) durch erhöhte Kraftanstrengungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrissen oder gezerzt werden.

2. Leistungsausschlüsse

2.1 Kein Versicherungsschutz besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Folgen.

2.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die ursächlich

- a) auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch der versicherten Person beruhen.
- b) auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.
- c) im Zusammenhang mit Sportarten stehen, welche die versicherte Person als Profisportler oder im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit betreibt.
- d) auf der Ausübung folgender Sportarten beruhen:
Skispringen, Drachenfliegen, Free Climbing, Motorrennsport, Boxen, Kick- oder Thaiboxen, Vollkontakt-Karate, Rugby oder American Football.

2.3 Kein Versicherungsschutz besteht ferner für:

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

Anlage 2 Schwere Erkrankung

Anlage 2 gilt für die Tarife VitaA1 (B 7) und VitaS2 (C 6 bis C 13).

Als schwere Erkrankungen gelten ausschließlich:

- a) Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z. B. Bypass-Operationen)
- b) Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit
- d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall)
- e) Knochenmarksversagen
- f) Multiple Sklerose
- g) Operation am Gehirn bei Neubildungen
- h) Operation eines Hirn- oder Aortenaneurysmas (krankhafte Erweiterung eines Blutgefäßes)
- i) Organtransplantation, sofern die versicherte Person Empfänger eines Herzens, einer Herzklappe, Lunge, Leber, Dünndarms, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks ist

		Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)			Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
1. Inhalationen					
Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation		11,60		Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer	52,40
2. Krankengymnastik, Bewegungsübungen			2.16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	8,80
2.1 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 20 Minuten		16,50	2.17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	8,80
2.2 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage		27,80	3. Massagen		
2.3 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten		44,20	3.1 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassage)		20,30
2.4 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten		55,20	3.2 Bindegewebsmassage		24,40
2.5 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer		12,50	3.3 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten		33,80
2.6 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer		15,60	3.4 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Großbehandlung, mindestens 45 Minuten		50,60
2.7 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mucoviszidose und schwerer Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten		83,50	3.5 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten		67,50
2.8 Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung von Mucoviszidose und schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer		23,80	3.6 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Kompressionsbandagierung einer Extremität		21,50
2.9 Bewegungsübungen		12,90	3.7 Unterwasserdruckstrahlmassage mit Druck und Temperaturreguleinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		31,70
2.10 Krankengymnastische Behandlung/ Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		31,80	4. Packungen/Hydrotherapie		
2.11 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		22,70	4.1 Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		13,60
2.12 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten		33,40	4.2 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)		15,60
2.13 Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		19,20	4.3 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Pelloid		36,20
2.14 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag		115,30	4.4 Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzherd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe		19,70
2.15 Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinisches Aufbautraining oder Medizinische Trainingstherapie) je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen),			4.5 Kaltpackung (Teilpackung) incl. Anwendung von Lehm, Quark, o.ä.		11,00
			4.6 Kaltpackung (Teilpackung) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Pelloid		20,30
			4.7 Heublumensack, Peloidkompressen		12,10
			4.8 Trockenpackung, Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz		6,10
			4.9 Voll- und Teilguss, Abkatschung, Abreibung, Abwaschung		6,10
			5. Medizinische Bäder		
			5.1 An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe), Wechsel-Teilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe		16,20

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
5.2 An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungs- bad), Wechsel-Vollbad, Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
5.3 Naturmoor-Bad, Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	43,30
5.4 Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vege- tabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salicylsäurehaltige Zusätze	8,80
5.5 Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderli- chen Nachruhe	17,60
5.6 Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
5.7 Gashaltiges Bad mit Zusatz (z. B. Kohlensäure- bad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderli- chen Nachruhe	26,10
5.8 Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), ein- schließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
5.9 Weitere Zusätze, je Zusatz	4,10
6. Kälte-/Wärmebehandlung	
6.1 Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kom- presse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	12,90
6.2 Eisteilbad	12,90
6.3 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	7,50
7. Elektrotherapie	
7.1 Ultraschall, auch Phonophorese	13,80
7.2 Behandlung eines oder mehrerer Körperab- schnitte mit hoch- oder niederfrequenten Strö- men	8,20
7.3 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektro- gymnastik, bei spastischen oder schlafenden Lähmungen	17,60
7.4 Iontophorese	8,20
7.5 Zwei- oder Vierzellenbad	14,90
7.6 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00
8. Lichttherapie	
8.1 Behandlung mit Ultraviolettlicht	7,90
8.2 Reizbehandlung mit Ultraviolettlicht	6,60
8.3 Quarzlampendruckbestrahlung	11,90
9. Logopädie	
9.1 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungs- plans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlun- gsfall	117,30
9.2 Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeuti- sche 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 Behandlungsfalls erstattungsfähig	58,70

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu (alle Angaben in Euro)
9.3 Ausführlicher Bericht	14,30
9.4 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	52,20
9.5 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	71,70
9.6 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	91,30
9.7 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten	103,40
9.8 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, Kindergruppe, Mindestbehand- lungsdauer 30 Minuten, je Teilnehmer	29,10
9.9 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten, Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	34,60
9.10 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten, Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	58,70
10. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
10.1 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließ- lich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	44,20
10.2 Ausführlicher Bericht	14,30
10.3 Einzelbehandlung bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	52,80
10.4 Einzelbehandlung bei sensomotorischen/ perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungs- dauer 45 Minuten	70,40
10.5 Einzelbehandlung bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	88,00
10.6 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Min- destbehandlungsdauer 30 Minuten	52,80
10.7 Gruppenbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	24,70
10.8 Gruppenbehandlung, bei psychischen Störun- gen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	43,10
11. Podologie	
11.1 Podologische Behandlung (klein) Richtwert: 30 Minuten	34,20
11.2 Podologische Behandlung (groß) Richtwert: 50 Minuten	49,20
11.3 Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
11.4 Erstversorgung mit einer Federstahldraht- Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Pas- siv- Nagelkorrekturspange nach Modell, Applika- tion sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60

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

11.5	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
11.6	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser infolge Verlust oder Bruch der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80
11.7	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
11.8	Versorgung mit einer konfektionierten Klebspange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
11.9	Erstbefundung	48,80
11.10	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	96,40
11.11	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	52,80
11.12	Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, z.B. nach Ross Frase	48,30
11.13	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00
11.14	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
11.15	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
11.16	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
12. Palliativbehandlung		
12.1	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00

1. Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für die nachfolgend genannten Hilfsmittel:

- 1.1 Bandagen
- 1.2 Blindenleitgeräte
- 1.3 Blindenstöcke
- 1.4 Bruchbänder
- 1.5 Epithesen
- 1.6 Gehstöcke
- 1.7 Insulinpumpen
- 1.8 elektronische Kehlköpfe
- 1.9 Kompressionsstrümpfe
- 1.10 Kunstaugen
- 1.11 orthopädische Stützapparate
- 1.12 orthopädische Einlagen
- 1.13 orthopädische Maßschuhe (ein Paar je Kalenderjahr; Erstausrüstung zwei Paar)
- 1.14 Prothesen
- 1.15 Spezialklingeln für Gehörlose
- 1.16 Stoma-Versorgungsartikel
- 1.17 Unterarmgehstützen

Betriebskosten (Strom, Batterien etc.) sind nicht erstattungsfähig.

2. Hilfsmittel im Rahmen des Hilfsmittelmanagements der Generali

Erstattungsfähig sind darüber hinaus zu 100 % Aufwendungen für folgende Hilfsmittel, soweit diese über das Hilfsmittelmanagement der Generali bezogen werden.

Erfolgt der Bezug außerhalb des Hilfsmittelmanagements der Generali, sind 80 % der Aufwendungen erstattungsfähig.

- 2.1 Absauggeräte
- 2.2 Beatmungsgeräte
- 2.3 Blindenlesegeräte
- 2.4 Heimdialysegeräte
- 2.5 Krankenbetten in funktionaler Standardausführung
- 2.6 Krankenfahrstühle
- 2.7 Liege- und Sitzschalen für Kinder mit Behinderung
- 2.8 Motor-Bewegungsschienen
- 2.9 Nahrungspumpen
- 2.10 Pulsoximeter
- 2.11 Rollatoren
- 2.12 Sauerstoffgeräte
- 2.13 Schlafapnoegeräte
- 2.14 Schmerzmittelpumpen
- 2.15 Überwachungsmonitore für Säuglinge
- 2.16 Wechseldruckmatratzen/-systeme
- 2.17 sonstige lebenserhaltende Hilfsmittel (z. B. künstliches Herz)

Betriebskosten (Strom, Batterien etc.) sind nicht erstattungsfähig.

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu		Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu
1. Arbeitsvorbereitung			
1.1 Modell (Situationsmod./Gegenbiss inkl. sockeln, trimmen etc.)	11,00 EUR	4.8 Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig (auch Galvano)	115,00 EUR
1.2 Modell aus Kunststoff	29,00 EUR	4.9 Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig (auch Galvano)	134,00 EUR
1.3 Modell doublieren	24,00 EUR	4.10 Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig/Teilkrone/Onlay (auch Galvano)	145,00 EUR
1.4 Sägemodell inkl. aller vorbereitenden Maßnahmen	52,00 EUR	4.11 Inlay aus Kunststoff einflächig	93,00 EUR
1.4a Digitales Modell (CAD) inkl. aller vorbereitenden Maßnahmen	52,00 EUR	4.12 Inlay aus Kunststoff zweiflächig	126,00 EUR
1.5 Modell aus feuerfester Masse	18,00 EUR	4.13 Inlay aus Kunststoff mehrflächig/Teilkrone/Onlay	142,00 EUR
1.6 Platzhalter	25,00 EUR	4.14 Keramikinlay einflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.)	177,00 EUR
1.7 Kunststoffstumpf	17,00 EUR	4.15 Keramikinlay zweiflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.)	183,00 EUR
1.8 Remontage Modell	34,00 EUR	4.16 Keramikinlay dreiflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.)	189,00 EUR
1.9 Fixator und Montage	18,00 EUR	4.17 Keramikinlay mehrflächig (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.)	208,00 EUR
1.10 Mittelwertartikulator	13,00 EUR	4.18 Veneer/Teilkrone aus Keramik (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.)	238,00 EUR
1.11 Mittelwertartikulator individuell	22,00 EUR	4.19 Stiftaufbau	81,00 EUR
1.12 Frontzahnführungsteller individuell	26,00 EUR	4.20 Wurzelstiftkappe mit Aufbau	120,00 EUR
1.13 Montage Gegenkiefermodell	13,00 EUR	4.21 Wurzelstiftkappe ohne Aufbau	54,00 EUR
1.14 Einstellen nach Registrat	19,00 EUR	4.22 Vollgusskrone mit/ohne Stufenpräparation/Teilkrone	125,00 EUR
1.15 Auswerten Registrat	12,00 EUR	4.23 Krone für Kunststoffverblendung	98,00 EUR
2. Herstellung individueller Hilfsmittel		4.24 Gerüstkrone zur Verblendung (Keramik oder Metallgerüst)	109,00 EUR
2.1 Basis für Konstruktionsbiss/Vorbissnahme	21,00 EUR	4.24a Krone aus Keramik inkl. Verblendung (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.)	247,00 EUR
2.2 Individueller Löffel/Basis für Autopolymerisat/Funktionslöffel	33,00 EUR	4.25 Brückenglied massiv	82,00 EUR
2.3 Bisswall (Wachsbiss)	10,00 EUR	4.26 Brückenglied für Verblendung	63,00 EUR
2.4 Stützzstiftregistrierung	31,00 EUR	4.27 Brückenglied aus Keramik (CAD/CAM, Cerec, Presskeramik, Zirkon, Procera etc.)	150,00 EUR
2.5 Vorwall	16,00 EUR	4.28 Verblendung Keramik	138,00 EUR
3. Schienen		4.29 Verblendung Kunststoff	85,00 EUR
3.1 Tiefziehteil je Kiefer	33,00 EUR	4.30 Zahnfleisch Keramik	68,00 EUR
3.2 Aufbisschiene, Knirscherschiene, Bissführungsplatte, Miniplastschiene (ausgenommen kieferorthopädische Behandlungsschienen)	183,00 EUR	4.31 Zahnfleisch Kunststoff	28,00 EUR
3.3 Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf	81,00 EUR	4.32 Kinderkrone	113,00 EUR
3.4 Semipermanente Schiene, je Zahn	25,00 EUR	4.33 Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestalten	39,00 EUR
3.5 Medikamententrägerschiene, Wundverbandplatte	91,00 EUR	5. Teleskopkronen (Konuskronen), Riegel, Geschiebe, Stege, Anker etc.	
3.6 Schienungskappe	27,00 EUR	5.1 Teleskopkrone (auch Konuskrone) Primär- und Sekundärteil	330,00 EUR
3.7 Obdurator aus Kunststoff	122,00 EUR	5.2 Individueller Steg Grundeinheit (Primär- und Sekundärteil)	151,00 EUR
3.8 Resektionskloß	74,00 EUR	5.3 Stegfräsung	36,00 EUR
3.9 Flexible Zahnfleischepithese	133,00 EUR	5.4 Steglasche/umlaufende Fräsung	75,00 EUR
4. Festsitzender Zahnersatz (Inlays, Kronen, Brücken, Provisorien, Teilkronen, Verblendungen etc.)		5.5 Geschiebefräsung	39,00 EUR
4.1 angelieferte Modellation gießen	34,00 EUR	5.6 Individuelles Steggeschiebe (Primär- und Sekundärteil)	172,00 EUR
4.2 provisorische Krone/provisorisches Brückenglied	50,00 EUR	5.7 Individuelles Geschiebe/RSS-Geschiebe (Primär- und Sekundärteil)	309,00 EUR
4.3 Formteil	30,00 EUR	5.8 Riegel (Drehriegel, individueller Schwenkriegel etc.)	200,00 EUR
4.4 Gussfüllung indirekt einflächig	112,00 EUR		
4.5 Gussfüllung indirekt zweiflächig	112,00 EUR		
4.6 Gussfüllung indirekt drei- und mehrflächig/Teilkrone/Onlay	183,00 EUR		
4.7 Inlaygerüst zur Verblendung einflächig (auch Galvano)	96,00 EUR		

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu
5.9 Schubverteilungsarm	71,00 EUR
5.10 Umlaufraste für Schubverteilungsarm	70,00 EUR
5.11 Konfektionsgeschiebe/-anker	139,00 EUR
5.12 Friktionsstift/Federbolzen/Schraube etc.	69,00 EUR
5.13 Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/ Federbolzen/Schraube etc.	55,00 EUR
5.14 Lager für Raste	25,00 EUR
5.15 Schraube etc. einarbeiten	75,00 EUR
6. Implantate	
6.1 Röntgenkugel positionieren	7,00 EUR
6.2 Röntgenschablone/Messschablone für Implantat	95,00 EUR
6.3 Abutment individualisieren/bearbeiten	95,00 EUR
6.4 Individuell hergestelltes Abutment	168,00 EUR
6.5 Implantatteile reponieren/repositionieren	24,00 EUR
6.6 Drehsicherungsstopp bei Implantat	27,00 EUR
6.7 Verlängerungshülse/Distanzhülse für Implantat	35,00 EUR
6.8 Verschraubung für Implantat	56,00 EUR
6.9 Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	62,00 EUR
6.10 Parallelbohrschablone inkl. Bohrhülse für Implantat, je Kiefer	58,00 EUR
6.11 Kontrollschablone, je Kiefer	48,00 EUR
6.12 Basis aus Kunststoff auf Implantat	40,00 EUR
6.13 Implantatkrone oder -brückenpfeiler herstellen	131,00 EUR
6.14 Implantatdivergenz-Ausgleichskappe	120,00 EUR
7. Herausnehmbarer Zahnersatz (partielle- und totale Prothesen, gegossene und gebogene Klammern)	
7.1 Metallbasis	212,00 EUR
7.2 Einarmige Klammer gegossen (Inlayklammer/ fortlaufende Klammer etc.)	22,00 EUR
7.3 Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage etc.	14,00 EUR
7.4 Zweiarmlige Klammer gegossen (Approximalklammer, Ringklammer, Rücklaufklammer etc.)	35,00 EUR
7.5 Zweiarmlige Klammer mit Auflage (Approximalklammer, Ringklammer, Rücklaufklammer etc.)	41,00 EUR
7.6 Bonwillklammer/Inlayklammer	70,00 EUR
7.7 Rückenschutzplatte	66,00 EUR
7.8 Lösungsknopf für Friktionsprothese	27,00 EUR
7.9 Aufstellung Grundeinheit	65,00 EUR
7.10 Aufstellung Wachsbasis je Zahn	4,00 EUR
7.11 Aufstellung Metallbasis je Zahn	5,00 EUR
7.12 Fertigstellung Grundeinheit	80,00 EUR
7.13 Fertigstellung je Zahn	6,00 EUR
7.14 Einarmige Klammer, gebogen (Inlayklammer, Approximalklammer etc.)	15,00 EUR
7.15 Zweiarmlige Klammer, gebogen	26,00 EUR
7.16 Basis aus Weichkunststoff	147,00 EUR
7.17 Sonderkunststoff verarbeiten	109,00 EUR
8. Reparaturen, Erweiterungen, Wiederherstellen von Zahnersatz	
8.1 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung	36,00 EUR
8.2 Leistungseinheit Sprung/Bruch/ Einarbeiten Zahn/Sattel befestigen etc.	14,00 EUR
8.3 Retention, gebogen	73,00 EUR

	Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu
8.4 Retention, gegossen	90,00 EUR
8.5 Basisteil, gegossen	112,00 EUR
8.6 Metallverbindung bei Reparatur und/oder Wiederherstellung	38,00 EUR
8.7 Teilunterfütterung	66,00 EUR
8.8 Vollständige Unterfütterung	90,00 EUR
8.9 Wiederherstellen eines indiv./konfekt. Sekundärteils	133,00 EUR
8.10 Auswechseln von Konfektionsteilen	53,00 EUR
8.11 Kronen- oder Brückenreparatur	59,00 EUR
9. Sonstige	
9.1 Metallverbindung nach keramischem Brand (inkl. Lötmodell etc.)	43,00 EUR
9.2 Lötfreie Verbindung Primärteil, je Einheit	10,00 EUR
9.3 Lötfreie Verbindung Sekundärteil, je Einheit	18,00 EUR
9.4 Laserschweißen/Punktschweißen	26,00 EUR
9.5 Versandkosten	6,00 EUR
9.6 NEM (Zuschlag bei Nichtedelmetallverarbeitung)	18,00 EUR
10. Kieferorthopädie (KFO)	
10.0 Modell für Kieferorthopädie	50,00 EUR
10.1 Basis für Einzelkiefergerät	96,00 EUR
10.2 Basis für bimaxilläres Gerät	177,00 EUR
10.3 Schiefe Ebene	69,00 EUR
10.4 Vorhofplatte	94,00 EUR
10.5 Kinnkappe	83,00 EUR
10.6 Aufbiss	19,00 EUR
10.7 Weichkunststoff KFO	77,00 EUR
10.8 Schraube einarbeiten	29,00 EUR
10.9 Spezialschraube einarbeiten	38,00 EUR
10.10 Trennen einer Basis	16,00 EUR
10.11 Labialbogen intramaxillär mit 2 Schlaufen	32,00 EUR
10.12 Labialbogen intramaxillär mit mehr als 2 Schlaufen	44,00 EUR
10.13 Labialbogen intermaxillär	54,00 EUR
10.14 Feder, offen	14,00 EUR
10.15 Feder, geschlossen	19,00 EUR
10.16 Häkchen, Sporne, Dorne, Auflagen etc.	19,00 EUR
10.17 Lingualbogen	43,00 EUR
10.18 Palatinalbogen	50,00 EUR
10.19 Positioner inkl. Set-Up	600,00 EUR
10.20 Verbindungselement intramaxillär	37,00 EUR
10.21 Verbindungselement intermaxillär	41,00 EUR
10.22 Verankerungselement	35,00 EUR
10.23 Einzelelement einarbeiten	27,00 EUR
10.24 Metallverbindung KFO	25,00 EUR
10.25 Einarmiges Halte- o. Abstützelement, je Zahn	16,00 EUR
10.26 Mehrarmiges Halte- o. Abstützelement, je Zahn	26,00 EUR
10.27 Dehn- und/oder Regulierungselement	13,00 EUR
10.28 Remontieren KFO-Gerät	75,00 EUR
10.29 Aligner-Behandlung inkl. aller Behandlungsschienen (Invisalign etc.)	2.000,00 EUR

Hinweise:

Die genannten Beträge begrenzen die erstattungsfähigen Aufwendungen vor Berücksichtigung der Mehrwertsteuer. Die jeweils gültige Mehrwertsteuer ist zusätzlich erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig

Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand der Versicherung	<p>(1) Allgemeines</p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.</p> <p>(2) Versicherungsfall</p> <p>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.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none">– Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,– medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),– weitere im Tarif genannte Ereignisse.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	<p>Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.</p>
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes	<p>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.</p>
§ 4 Wartezeiten	<p>Die Wartezeit beträgt grundsätzlich drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate.</p> <p>Die Wartezeit entfällt</p> <ul style="list-style-type: none">– bei unfallbedingter Behandlung,– 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. <p>Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.</p>
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p>

§ 6

Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten

(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Land besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

Abweichende Vereinbarungen können getroffen werden.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz bleibt der Versicherer für Heilbehandlungen höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Alternativ kann der Versicherte gegen Zahlung eines Beitragszuschlags Erstattung auf ausländischem Kostenniveau wählen. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen. Das Wahlrecht muss vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz endet das Versicherungsverhältnis.

Leistungen des Versicherers

§ 7

Fälligkeit der Leistungen

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Sie müssen enthalten:

- den Namen und das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose),
- das Behandlungsdatum und
- Angaben der einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf die angewandte Gebührenregelung.

Besteht ein anderweitiger Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, können Rechnungen auch in Zweitschrift mit Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die erbrachten Leistungen vorgelegt werden.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers 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. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.

Der Versicherer 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 beim Versicherer 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 kostenfrei auf ein inländisches Konto; bei Überweisung auf ein ausländisches Konto können anfallende Gebühren mit den Leistungen verrechnet werden. Die Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9 Verpfändung	Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet werden.
§ 10 Überschussbeteiligung	<p>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. Der Versicherer 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.</p> <p>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.</p>
Beiträge	
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise	<p>(1) Fälligkeit der Beiträge</p> <p>Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist frühestens nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.</p> <p>(2) Lastschriftinzug</p> <p>Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch den Versicherer, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.</p> <p>(3) Sonstige Zahlungsweise</p> <p>Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.</p>
§ 12 Berechnung des Beitrags	<p>(1) Allgemeines</p> <p>Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich</p> <ul style="list-style-type: none"> – insbesondere nach dem Tarif, – in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen nach dem Geschlecht der versicherten Person – und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person. <p>Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.</p> <p>(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 15. bzw. 21. Lebensjahres</p> <p>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.</p> <p>(3) Auswirkungen des Alters und des Geschlechts bei Beitragsänderungen</p> <p>Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – der Tarif, – in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen das Geschlecht der versicherten Person,

-
- das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers 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 der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(5) Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer 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 des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(6) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 13

Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Rücktritt des Versicherers

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

(2) Leistungsfreiheit des Versicherers

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

§ 14

Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug

(1) Zahlungsverzug und Folgen für den Versicherungsschutz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer auf Kosten des Versicherungsnehmers die Zahlung in Textform anmahnen und dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(2) Kündigung des Versicherungsverhältnisses

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Fristablauf noch im Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist und der Versicherungsnehmer hierauf bei der Kündigung ausdrücklich hingewiesen worden ist. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt.

§ 15

Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

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

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 16

Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer 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 oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 17

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer 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

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer 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; eine 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 der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder 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.

§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption	<p>(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung</p> <p>Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Bei einer fristgerechten Anmeldung kann jeder Versicherungsschutz gewählt werden, der nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Dabei ist auch eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung möglich. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor der Geburt entstandenen Krankheiten und Anomalien sowie Geburtschäden.</p> <p>(2) Späterer Antrag/Erweiterung des Versicherungsschutzes</p> <p>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.</p> <p>(3) Adoption</p> <p>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.</p> <p>(4) Zurechnung der Aufwendungen für das Neugeborene</p> <p>Die Aufwendungen für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung des gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden.</p>
---	--

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

§ 20 Allgemeines	<p>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.</p>
§ 21 Einzelne Obliegenheiten	<p>(1) Erteilung von Auskünften</p> <p>Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.</p> <p>(2) Ärztliche Untersuchung</p> <p>Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherer.</p> <p>(3) Schadenminderung</p> <p>Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.</p> <p>(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz</p> <p>Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.</p> <p>(5) Änderung von Name oder Anschrift</p> <p>Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.</p> <p>(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</p> <p>Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei. Darüber hinaus kann der Versicherer bei Verletzung der Obliegenheit nach Abs. 4 unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Kundeninformation) den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen.</p>

§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte	<p>(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 den Versicherer schriftlich abzutreten.</p> <p>(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 den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.</p> <p>(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2 wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.</p>
§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer	<p>Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 VVG entsprechend anzuwenden.</p>
Dauer und Ende der Versicherung	
§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr	<p>(1) Vertragsdauer Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p> <p>(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.</p>
§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	<p>(1) 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. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.</p> <p>(2) 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.</p> <p>(3) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert er seine 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.</p> <p>(4) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.</p>

(5) Fortführung als Anwartschaftsversicherung

Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 26

Kündigung durch den Versicherer

(1) Ordentliche Kündigung

Der Versicherer verzichtet auf das Recht der ordentlichen Kündigung der Versicherung.

(2) Außerordentliche Kündigung

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 27

Beendigung und Fortsetzung der Versicherung

(1) Rechte der versicherten Personen bei 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 von zwei Monaten nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

(2) Rechte der versicherten Personen bei Kündigung durch den Versicherer

Wird eine Krankheitskostenversicherung vom Versicherer wegen Zahlungsverzugs des Versicherungsnehmers wirksam gekündigt, haben die versicherten Personen das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu erklären. Der Versicherer hat die versicherten Personen in Textform über die Kündigung und das Recht, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären, zu informieren. Dieses Recht endet zwei Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person Kenntnis von dem Fortsetzungsrecht erlangt hat.

(3) Trennung/Scheidung

Ein getrenntlebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrenntlebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(4) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(5) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

Weitere Regelungen

§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer	Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.
§ 29 Anwendbares Recht	Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
§ 30 Gerichtsstand	<p>(1) Klagen des Versicherungsnehmers</p> <p>Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden.</p> <p>(2) Klagen des Versicherers</p> <p>Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen des Versicherers – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz</p> <p>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 des Versicherers erhoben werden.</p>
§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers	Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.
§ 32 Verjährung	<p>(1) Verjährungsfrist</p> <p>Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.</p> <p>(2) Hemmung der Verjährung</p> <p>Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.</p>

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

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