

Mein Gesundheitsplan

	Seite		Seite
Präambel.....	2	H Tarif PlanA: Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung.....	28
A Allgemeine Regelungen	3	I Tarif PlanS: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung.....	30
B Tarif Plan1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen.....	6	J Tarif PlanJ: Versicherungsleistungen für Kinder und Jugendliche.....	32
C Tarif Plan2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen.....	12	K Gesundheitsgarantie	38
D Tarif Plan3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen.....	18	L Dynamisierung	38
E Tarif PlanZ1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	23	M Besondere Tarifvarianten	39
F Tarif PlanZ2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	25	M 1 Ausbildungstarife.....	39
G Tarif PlanZ3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	27	M 2 Tarife für Personen mit Vermögenssicherungspolice (VSP-Tarife).....	39

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/ZV 2011)

	Seite		Seite
Versicherungsschutz		Änderungen des Versicherungsvertrags	
§ 1 Gegenstand der Versicherung.....	41	§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag.....	45
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes.....	41	§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen.....	45
§ 3 Beginn des Versicherungsschutzes.....	41	§ 18 Tarifwechsel.....	45
§ 4 Wartezeiten.....	41	§ 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption.....	46
§ 5 Ende des Versicherungsschutzes.....	41	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)	
§ 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten.....	42	§ 20 Allgemeines.....	46
Leistungen des Versicherers		§ 21 Einzelne Obliegenheiten.....	46
§ 7 Fälligkeit der Leistungen.....	42	§ 22 Ersatzansprüche gegen Dritte.....	47
§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	42	§ 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer.....	47
§ 9 Verpfändung.....	43	Dauer und Ende der Versicherung	
§ 10 Überschussbeteiligung.....	43	§ 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr.....	47
Beiträge		§ 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer.....	47
§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise.....	43	§ 26 Kündigung durch den Versicherer.....	48
§ 12 Berechnung des Beitrags.....	43	§ 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung.....	48
§ 13 Erstbeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	44	Weitere Regelungen	
§ 14 Folgebeitrag und Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug.....	44	§ 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer.....	49
§ 15 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung.....	44	§ 29 Anwendbares Recht.....	49
		§ 30 Gerichtsstand.....	49
		§ 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers.....	49
		§ 32 Verjährung.....	49
		Streitschlichtungsstellen	50

Präambel

Ergänzungsschutz zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Mein Gesundheitsplan beinhaltet neun Tarife, die einzeln abgeschlossen oder miteinander kombiniert werden können. Die Tarife gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

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

Tarif	Wichtigste Leistungen im Überblick
Plan1, Plan2	Sehhilfen, Zahnersatz, Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Auslandsreiseschutz
Plan3	Sehhilfen, Zahnersatz, Zahnbehandlung und Auslandsreiseschutz
PlanZ1, PlanZ2	Zahnersatz, Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe
PlanZ3	Zahnersatz und Zahnbehandlung
PlanA	Vorsorge, Heilpraktiker und Naturheilverfahren durch Ärzte, Telemedizin
PlanS	Chefarztbehandlung und Einbettzimmer im Krankenhaus
PlanJ	Sehhilfen, Zahnersatz, Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Kieferorthopädie und Auslandsreiseschutz (Tarif für Kinder und Jugendliche)

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan sind Personen, die in der GKV versichert sind oder in Deutschland einen der GKV gleichartigen Anspruch (z. B. Heilfürsorge) haben.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet für diese Person die Versicherung nach den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der Generali innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Nach Tarif PlanJ sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versicherungsfähig. Ab diesem Zeitpunkt wird der Versicherungsschutz gemäß Abschnitt J fortgeführt.

Familienrabatt

Für Kinder und Jugendliche bis einschließlich Alter 20 reduziert sich der Beitrag für jeden Tarif aus Mein Gesundheitsplan um 2,00 EUR, wenn im selben Vertrag eine erwachsene Person ab Alter 21 versichert ist. Voraussetzung ist, dass für die erwachsene Person ebenfalls eine Versicherung nach einem Tarif aus Mein Gesundheitsplan oder eine Krankheitskostenvollversicherung bei der Generali besteht.

Recht auf Versicherung von Neugeborenen und Adoptivkindern nach Tarif PlanJ

Besteht Anspruch auf eine Kindernachversicherung nach § 19 Abs. 1 AVB/ZV 2011 kann ergänzend oder alternativ der Tarif PlanJ abgeschlossen werden. Die Regelungen und Fristen des § 19 Abs. 1 AVB/ZV 2011 gelten insoweit entsprechend. Die Gesundheitsgarantie (vgl. Abschnitt K) besteht für das Neugeborene bzw. das Adoptivkind im Tarif PlanJ nur dann, wenn das Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt bzw. der Adoption über eine Gesundheitsgarantie verfügt.

Besondere Tarifvarianten

Mein Gesundheitsplan wird auch in besonderen Tarifvarianten für Personen in der Ausbildung sowie als VSP-Tarif für Personen mit Vermögenssicherungspolice (VSP) bei der Generali Deutschland Versicherung AG angeboten. Einzelheiten hierzu sind in Abschnitt M geregelt.

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, dem gewählten Tarif aus Mein Gesundheitsplan und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Für die im jeweiligen Tarif aus Mein Gesundheitsplan versicherten Leistungen gelten die nachfolgenden Allgemeinen Regelungen.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde	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 Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen. Heilpraktiker Der versicherten Person steht die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Keine Leistungspflicht besteht für <ul style="list-style-type: none">– Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass die Generali den Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn über den Ausschluss des Behandelnden von der Erstattung benachrichtigt hat. Benachrichtigt die Generali den Versicherungsnehmer erst nach Beginn der Behandlung über den Ausschluss, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.– Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
A 2 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel	Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in A 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden. Abweichend hiervon können Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung vom Optiker bezogen werden, sofern dieser eine vorherige Refraktionsbestimmung durchgeführt hat. Als Arzneimittel gelten auch enterale und parenterale Ernährung. Als Arzneimittel gelten nicht: Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Verbesserung des Haarwuchses. Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.
A 3 Behandlung im Krankenhaus	Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter allen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Keine Leistungspflicht besteht für: <ul style="list-style-type: none">– Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen die Generali aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat. Voraussetzung ist, dass die Generali den Versicherungsnehmer vor Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss des Krankenhauses von der Erstattung benachrichtigt hat. Benachrichtigt die Generali den Versicherungsnehmer erst nach Beginn der stationären Behandlung über den Ausschluss, sind Aufwendungen, die später als drei Monate nach der Benachrichtigung entstehen, nicht mehr erstattungsfähig.– eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
A 4 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	Die Generali leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen; die Generali kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
A 5 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) entsprechen. Gebühren, die die Höchstsätze der GOÄ / GOZ oder die Höchstbeträge des GebÜH übersteigen, werden von der Generali nicht erstattet.

	<p>Abweichend hiervon sind im Tarif PlanS auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der GOÄ übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn.</p> <p>Im Ausland entstandene Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen berechnet sind. Abweichende Regelungen gelten bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (vgl. § 6 Abs. 2 und 3 AVB/ZV 2011).</p>
A 6 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 7 Berücksichtigung von Leistungen der GKV und anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger	<p>Leistungen der GKV werden als Vorleistung auf die tarifliche Leistung angerechnet.</p> <p>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>Hat der Versicherte die Möglichkeit, einen anderen öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge) in Anspruch zu nehmen, ist die Generali nicht leistungspflichtig, soweit die Aufwendungen vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger umfasst sind.</p> <p>Mit dem Erstattungsantrag sind stets Nachweise über die Höhe der Vorleistung der GKV und ggf. anderer öffentlich-rechtlicher Kostenträger zu erbringen.</p>
A 8 Berücksichtigung von Leistungen anderer privater Versicherer und sonstiger Dritter	<p>Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete gehen den Ansprüchen gegen die Generali grundsätzlich vor (Subsidiarität).</p> <p>Dennoch steht es dem Versicherten frei, ob er seine Ansprüche gegen andere Erstattungsverpflichtete oder gegen die Generali geltend macht. Um der Generali einen Rückgriff gegen andere Erstattungsverpflichtete zu ermöglichen, sind Versicherungsnehmer und versicherte Personen verpflichtet, ihre Ansprüche gegen die anderen Erstattungsverpflichteten an die Generali abzutreten. Dies gilt nur, soweit die Generali Leistungen erbracht hat.</p>
A 9 Bereicherungsverbot	<p>Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.</p>
A 10 Zeitliche Zuordnung von Leistungen	<p>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.</p>
A 11 Anrechnung von Versicherungsleistungen bei Tarifwechsel	<p>Wechselt der Versicherte innerhalb der GKV-Zusatzversicherung der Generali in einen Tarif aus Mein Gesundheitsplan, gilt Folgendes:</p> <p>Bei Versicherungsleistungen, die eine summenmäßige Begrenzung für einen bestimmten Zeitraum vorsehen, werden die im bisherigen Tarif für diesen Zeitraum erbrachten Leistungen auf die entsprechenden Leistungen im Tarif aus Mein Gesundheitsplan angerechnet.</p>
A 12 Leistungsausschlüsse	<p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle einschließlich der jeweiligen Folgen, die</p> <ul style="list-style-type: none"> – durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Im Ausland gilt dieser Leistungsausschluss nur dann, wenn das Auswärtige Amt vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. – als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind – vorsätzlich selbst herbeigeführt worden sind <p>Keine Leistungspflicht besteht außerdem bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kur- oder Sanatoriumsbehandlung – Entwöhnungsmaßnahmen
A 13 Auskunftsrechte	<p>Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen</p> <p>Bei Heilbehandlungen, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR übersteigen werden, kann der Versicherungsnehmer vor Beginn der Behandlung in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen.</p>

Die Generali muss die Auskunft innerhalb von vier Wochen erteilen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, muss die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt werden. Die Frist beginnt mit Eingang der Anfrage bei der Generali.

Die Generali muss ihre Auskunft begründen und dabei auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen eingehen. Erteilt die Generali die Auskunft nicht fristgerecht, wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen

Die Generali ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen zu geben, die sie bei der Prüfung ihrer Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung der Generali eingeholt, hat die Generali die entstandenen Kosten zu erstatten.

B Tarif Plan1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen

Der Tarif Plan1 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
B 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 300,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
B 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. – Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif Plan1 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif Plan1, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif Plan1 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV.</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird.</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>45 %</p>
B 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen 	<p>90 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

	Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für		
	<ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmer Schlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 		
B 4	Zahnprophylaxe	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
B 5	Auslandsreise-schutz	Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreiseschutz nach B 5.1 bis B 5.17	
	Reisedauer	Versicherungsschutz nach B 5.1 bis B 5.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise. Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	
	Geltungsbereich	Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.	
	Wartezeiten	Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.	
	Obliegenheiten	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten: a) Im Leistungsfall ist der Generali der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Generali so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Generali so früh wie möglich zu informieren.	
	Zulässige Behandelnde	Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei. Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.	
	Leistungsaus-schlüsse	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in B 5.17 geregelt.	
	B 5.1 Ambulante Leistungen	Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

B 5.2 Leistungen im Krankenhaus	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden <p>Auf die Erstattung der Aufwendungen nach B 5.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.</p>
B 5.3 Zahnärztliche Leistungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen 	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.4 Ambulante Trauma- behandlung	<p>Abweichend von B 5.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.5 Leistungen bei Schwanger- schaft	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen b) die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes) c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt d) den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch 	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.6 Krankentrans- porte	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport</p> <ul style="list-style-type: none"> a) in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt b) zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus c) nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.7 Krankenrück- transport	<p>Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder b) die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Generali den Krankenrücktransport organisiert.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

	<p>Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Generali auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Generali grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.</p>	
B 5.8 Suche, Rettung und Bergung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.</p>
B 5.9 Bestattung und Überführung	<p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.10 Betreuung und Rückreise mitreisender Kinder	<p>Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig:</p> <ol style="list-style-type: none"> Betreuung vor Ort Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.11 Kranken- besuche	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, der Krankenbesuch bei der Generali beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, ein Krankenrücktransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und die Generali die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert. 	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.12 Blutkonserven	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
B 5.13 Reisegepäck- rückholung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäckes an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali die Rückholung des Reisegepäckes organisiert.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.</p>

B 5.14 Fahrzeugrück- holung	<p>Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeugrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahrunfähig ist.</p> <p>Die Fahrzeugrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, die Fahrunfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und die Generali die Fahrzeugrückholung organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.15 Telefonkosten	<p>Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Generali.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.
B 5.16 Weitere Assistance- leistungen	<p>Die Generali erbringt im Zusammenhang mit einer nach B 5.1 bis B 5.14 versicherten Leistung folgende Assistanceleistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken Benennung von Notfallapotheken Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Generali, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten Übersetzung medizinischer Unterlagen Weiterleitung von Informationen an Angehörige Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Generali innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen. bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahmegarantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
B 5.17 Besondere Leistungs- ausschlüsse für den Auslands- reiseschutz	<p>In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach B 5 keine Leistungspflicht für</p> <ol style="list-style-type: none"> Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reiseantritt bereits feststand Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind. Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. 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 einschließlich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen gemäß B 5.4.
 - e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge
 - f) Leistungen nach B 5.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat
 - g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/ Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie
 - h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen
 - i) Hypnose
-

C Tarif Plan2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen

Der Tarif Plan2 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
C 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
C 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. – Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif Plan2 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif Plan2, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif Plan2 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>40 %</p>
C 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen 	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

	Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für	
	<ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	
C 4	Zahnprophylaxe	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelungen und Fluoridierung der Zahnoberflächen).</p> <p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
C 5	Auslandsreise-schutz	Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreiseschutz nach C 5.1 bis C5.17
	Reisedauer	<p>Versicherungsschutz nach C 5.1 bis C 5.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise.</p> <p>Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p>
	Geltungsbereich	Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.
	Wartezeiten	Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.
	Obliegenheiten	<p>Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Im Leistungsfall ist der Generali der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Generali so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Generali so früh wie möglich zu informieren.
	Zulässige Behandelnde	<p>Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei.</p> <p>Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.</p>
	Leistungsaus-schlüsse	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in C 5.17 geregelt.
	C 5.1	Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für
	Ambulante Leistungen	<ol style="list-style-type: none"> a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden. <p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

C 5.2 Leistungen im Krankenhaus	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für</p> <p>a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus</p> <p>b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden.</p> <p>Auf die Erstattung der Aufwendungen nach C 5.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.</p>
C 5.3 Zahnärztliche Leistungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <p>a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen</p> <p>b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung</p> <p>c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.4 Ambulante Trauma- behandlung	<p>Abweichend von C 5.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.5 Leistungen bei Schwanger- schaft	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für</p> <p>a) die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen</p> <p>b) die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes)</p> <p>c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt</p> <p>d) den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.6 Krankentrans- porte	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport</p> <p>a) in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt</p> <p>b) zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus</p> <p>c) nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.7 Krankenrück- transport	<p>Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn</p> <p>a) der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder</p> <p>b) die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Generali den Krankenrücktransport organisiert.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

	<p>Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Generali auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Generali grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.</p>	
C 5.8 Suche, Rettung und Bergung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.</p>
C 5.9 Bestattung und Überführung	<p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.10 Betreuung und Rückreise mitreisender Kinder	<p>Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig:</p> <ol style="list-style-type: none"> Betreuung vor Ort Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.11 Kranken- besuche	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, der Krankenbesuch bei der Generali beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, ein Krankenrücktransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und die Generali die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert. 	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.12 Blutkonserven	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>
C 5.13 Reisegepäck- rückholung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäckes an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali die Rückholung des Reisegepäckes organisiert.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.</p>

C 5.14 Fahrzeugrück- holung	<p>Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeugrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahruntfähig ist.</p> <p>Die Fahrzeugrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, die Fahruntfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und die Generali die Fahrzeugrückholung organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.15 Telefonkosten	<p>Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Generali.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.
C 5.16 Weitere Assistance- leistungen	<p>Die Generali erbringt im Zusammenhang mit einer nach C 5.1 bis C 5.14 versicherten Leistung folgende Assistanceleistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken Benennung von Notfallapotheken Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Generali, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten Übersetzung medizinischer Unterlagen Weiterleitung von Informationen an Angehörige Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Generali innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen. bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahmegarantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
C 5.17 Besondere Leistungs- ausschlüsse für den Auslands- reiseschutz	<p>In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach C 5 keine Leistungspflicht für:</p> <ol style="list-style-type: none"> Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reiseantritt bereits feststand Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind. Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. 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 einschließlich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen gemäß C 5.4.
 - e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge
 - f) Leistungen nach C 5.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat
 - g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/ Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie
 - h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen
 - i) Hypnose
-

D Tarif Plan3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung, Sehhilfen und Auslandsreisen

Der Tarif Plan3 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
D 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
D 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. – Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif Plan3 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif Plan3, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif Plan3 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>70 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>35 %</p>
D 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen 	<p>70 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

	Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für		
	<ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmer Schlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 		
D 4	Auslandsreiseschutz	Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreiseschutz nach D 4.1 bis D 4.17	
	Reisedauer	Versicherungsschutz nach D 4.1 bis D 4.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise. Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	
	Geltungsbereich	Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.	
	Wartezeiten	Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.	
	Obliegenheiten	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten: <ul style="list-style-type: none"> a) Im Leistungsfall ist der Generali der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Generali so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Generali so früh wie möglich zu informieren. 	
	Zulässige Behandelnde	Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei. Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z.B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.	
	Leistungsausschlüsse	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in D 4.17 geregelt.	
	D 4.1 Ambulante Leistungen	Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
	D 4.2 Leistungen im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden. <p>Auf die Erstattung der Aufwendungen nach D 4.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.

D 4.3 Zahnärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.4 Ambulante Trauma- behandlung	Abweichend von D 4.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.5 Leistungen bei Schwanger- schaft	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen b) die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes) c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt d) den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.6 Kranken- transporte	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport a) in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt b) zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus c) nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.7 Krankenrück- transport	Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn a) der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder b) die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Generali den Krankenrücktransport organisiert. Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Generali auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Generali grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson. Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.8 Suche, Rettung und Bergung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.

D 4.9 Bestattung und Überführung	Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person. Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.10 Betreuung und Rückreise mit- reisender Kinder	Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig: a) Betreuung vor Ort b) Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person c) Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.11 Kranken- besuche	Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch. Leistungsvoraussetzung ist, dass a) die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, b) der Krankenbesuch bei der Generali beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, c) ein Krankenrücktransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und d) die Generali die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.12 Blutkonserven	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.13 Reisegepäck- rückholung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäckes an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali die Rückholung des Reisegepäckes organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.
D 4.14 Fahrzeugrück- holung	Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeugrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahrunfähig ist. Die Fahrzeugrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person. Leistungsvoraussetzung ist, dass a) kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, b) die Fahrunfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, c) das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, d) sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, e) das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und f) die Generali die Fahrzeugrückholung organisiert.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
D 4.15 Telefonkosten	Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Generali.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.

D 4.16
Weitere
Assistance-
leistungen

- Die Generali erbringt im Zusammenhang mit einer nach D 4.1 bis D 4.14 versicherten Leistung folgende Assistanceleistungen:
- a) ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service
 - b) Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt)
 - c) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen
 - d) Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken
 - e) Benennung von Notfallapotheken
 - f) Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln
 - g) Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Generali, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen
 - h) Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten
 - i) Übersetzung medizinischer Unterlagen
 - j) Weiterleitung von Informationen an Angehörige
 - k) Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Generali innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen.
 - l) bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahmegarantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern
 - m) Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland

100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

D 4.17
Besondere
Leistungs-
ausschlüsse für
den Auslands-
reiseschutz

- In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach D 4 keine Leistungspflicht für:
- a) Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reiseantritt bereits feststand
 - b) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind.
Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands 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 einschließlich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen gemäß D 4.4.
 - e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge
 - f) Leistungen nach D 4.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat
 - g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/ Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie
 - h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen
 - i) Hypnose

E Tarif PlanZ1: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif PlanZ1 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
E 1	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanZ1 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanZ1, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanZ1 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>90 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>45 %</p>
E 2	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>90 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

E 3	Zahnprophylaxe	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.
-----	-----------------------	---	---

F Tarif PlanZ2: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif PlanZ2 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
F 1	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanZ2 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanZ2, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanZ2 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>40 %</p>
F 2	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

F 3 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Fissurenversiegelung).

100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
Die Erstattung beträgt höchstens **100,00 EUR** innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

G Tarif PlanZ3: Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Der Tarif PlanZ3 gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
G 1	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanZ3 wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanZ3, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanZ3 wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>70 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>35 %</p>
G 2	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	<p>70 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

H Tarif PlanA: Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung

Der Tarif PlanA gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähig nach Tarif PlanA sind bei ambulanter Heilbehandlung die unter H 1 bis H 4 aufgeführten Aufwendungen.

Keine Leistungspflicht besteht für Aufwendungen im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung. Davon ausgenommen sind zahnärztliche Beratungen im Rahmen von telemedizinischen Leistungen gemäß H 4.

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
H 1	Vorsorgeuntersuchungen und Präventionskurse	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. In der GKV vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Diagnosebeschränkungen finden keine Anwendung.</p> <p>Darüber hinaus sind Aufwendungen für nachfolgend aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Krebsfrüherkennung (z. B. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen, PSA-Test) – Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen (z. B. Großer Gesundheits-Check, Schilddrüsen-Check, Hirnleistungs-Check, Untersuchung des Herzinfarkt-Risikos, Glaukomvorsorge, Diagnostik einer altersabhängigen Makuladegeneration, Osteoporose-Früherkennung, Schlaganfall-Check, HIV-Test) – Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Neugeborenen-Audio-Check, Schielvorsorge, zusätzliche Gesundheits-Checks U10, U11, J2, Fettstoffwechselforsorge) – 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>	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung der Generali für Aufwendungen nach H 1, H 2, H 3 und H 4 beträgt insgesamt höchstens 1.200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
H 2	Schutzimpfungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen (einschließlich Reiseschutzimpfungen), die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden.</p>	
H 3	Heilpraktikerleistungen, alternative Medizin und Naturheilverfahren durch Ärzte	<p>Erstattungsfähig sind unter Berücksichtigung von A 4 Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen eines Heilpraktikers – ärztliche Leistungen der alternativen Medizin oder aus dem Bereich der Naturheilverfahren <p>jeweils einschließlich osteopathischer und chiropraktischer Leistungen und verordneter Arzneimittel.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen.</p>	
H 4	Telemedizin	<p>Erstattungsfähig sind nachstehend aufgeführte Aufwendungen für telemedizinische Leistungen, sofern diese über einen Kooperationspartner der Generali in Anspruch genommen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leistungen von Ärzten sowie weiteren Behandelnden einschließlich verordneter Arzneimittel – Kosten (z. B. Zugangsgebühr oder App-Nutzungsgebühr), sofern ein Kooperationspartner diese dem Versicherten für die Nutzung seines Angebots berechnet <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen, soweit diese über eine Erstberatung hinausgehen.</p>	

Telemedizinische Leistungen im Sinne dieses Tarifs sind medizinische Leistungen in den Bereichen Diagnostik und Therapie sowie medizinische Entscheidungsberatungen über räumliche Entfernung unter Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (z. B. telefonische oder videogestützte Arztgespräche).

Zusätzlich zu den in A 1 genannten Behandlern können alle Behandelnde in Anspruch genommen werden, die im Rahmen der Kooperation telemedizinische Leistungen erbringen. Neben den Gebühren nach A 5 sind die Gebühren erstattungsfähig, die den für den jeweiligen Berufsstand gültigen Gebührenordnungen bzw. -verzeichnissen entsprechen und die darin geregelten Höchstsätze bzw. -beträge nicht übersteigen.

Die Generali gibt die jeweils aktuellen Kooperationspartner für telemedizinische Leistungen auf ihrer Internetseite bekannt.

I Tarif PlanS: Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

Der Tarif PlanS gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K, L und M sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Erstattungsfähig nach Tarif PlanS sind bei stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus die unter I 1 bis I 12 aufgeführten Aufwendungen.

Keine Leistungspflicht besteht für Aufwendungen im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung.

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

Keine Leistungspflicht besteht bei

- Kur- oder Sanatoriumsbehandlung
- Entwöhnungsmaßnahmen

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
I 1	Freie Krankenhauswahl		
	I 1.1 Zugelassene GKV-Krankenhäuser	Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass ein Versicherter ein anderes nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus (Universitäts-/ Hochschulklinik, Plankrankenhaus, Krankenhaus mit GKV-Versorgungsvertrag) als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählt. Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.	100 %
	I 1.2 Sonstige Krankenhäuser	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass ein Versicherter ein Krankenhaus wählt, das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist. Die gesetzliche Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V ist nicht erstattungsfähig.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV, höchstens jedoch 50 % der Aufwendungen
I 2	Kranken-transport	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport 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 Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig. Aufwendungen für Notfalltransporte in ein Krankenhaus sind auch erstattungsfähig, wenn keine stationäre Aufnahme erfolgt. Nicht erstattungsfähig sind Fahrten mit z. B. PKW, Taxi oder öffentlichen Verkehrsmitteln.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 3	Ambulante Operationen		
	I 3.1 Ärztliche Leistungen	Erstattungsfähig bei einer ambulant durchgeführten Operation sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV, höchstens jedoch 50 % der Aufwendungen
	I 3.2 Transport und Unterbringung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie die Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR je Operation
I 4	Bergungskosten	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Bergungskosten.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall

I 5	Chefarzt	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung).	100 %
I 6	Belegarzt	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für belegärztliche Leistungen.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 7	Ein- oder Zweibettzimmer	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.	100 %
I 8	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.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 9	Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 10	Telefon, TV, Internet	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Grundgebühr für Telefon, TV und Internet im Krankenhaus.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
I 11	Wunschverlegung	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen bodengebundenen Krankentransport oder eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn die Verlegung nicht medizinisch notwendig ist. Voraussetzung ist eine vorherige schriftliche ärztliche Bestätigung, dass keine medizinischen Gründe gegen die Verlegung sprechen.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV, einmalig je Versicherungsfall
I 12	Begleitperson im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind für Kinder oder Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

J Tarif PlanJ: Versicherungsleistungen für Kinder und Jugendliche

Der Tarif PlanJ gilt in Verbindung mit der Präambel, den Abschnitten A, K und L sowie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (AVB/ZV 2011).

Nr.	Leistung	Erstattungsfähige Aufwendungen	Erstattungsumfang
J 1	Sehhilfen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) sowie für Augenoperationen zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit (z. B. LASIK).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen.</p> <p>Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel sind nicht erstattungsfähig.</p>	<p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 200,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
J 2	Zahnersatz, Zahnkronen und Einlagefüllungen	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnersatz (z. B. Brücken, Prothesen, Implantate) einschließlich Verblendungen. – Im Rahmen von implantologischen Leistungen sind auch Aufwendungen für erforderlichen Knochenaufbau (augmentative Leistungen) erstattungsfähig. – Zahnkronen (z. B. Teilkronen, Vollkronen) einschließlich Verblendungen – Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen <p><u>Zahnstaffel</u></p> <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanJ wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 <p>Die vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Wechselt der Versicherte aus einem anderen Tarif der Generali mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung in den Tarif PlanJ, wird die Vorversicherung auf die Zahnstaffel angerechnet. Dabei werden die im Ausgangstarif zurückgelegte Versicherungszeit und die dort erbrachten Versicherungsleistungen angerechnet.</p> <p>Bei einem Wechsel aus einem Auslandsreisetarif in den Tarif PlanJ wird die Vorversicherung nicht angerechnet.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>80 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p>Beteiligt sich die GKV nur bei einzelnen Behandlungsabschnitten an den Aufwendungen, gilt die Vorleistung der GKV als für die gesamte Maßnahme an diesem Zahn erbracht.</p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV, wenn ausschließlich die Regelversorgung der GKV gemäß §§ 55, 56 SGB V in Anspruch genommen wird</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>40 %</p>
J 3	Zahnbehandlung und Parodontosebehandlung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Zahnbehandlung (z. B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Knirscher- und Aufbisschienen) – parodontologische Leistungen 	<p>80 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p>

		<p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit diesen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – schmerz- und angstlindernde Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung, Dämmerschlaf-Narkose), sofern eine Angststörung durch einen qualifizierten Facharzt oder Therapeuten diagnostiziert worden ist – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen 	
J 4	Zahnprophylaxe	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen (z. B. professionelle Zahnreinigung, Fissurenversiegelungen und Fluoridierung der Zahnoberflächen).</p>	<p>100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV</p> <p>Die Erstattung beträgt höchstens 100,00 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.</p>
J 5	Kieferorthopädie	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliches Honorar, zahn-technische Leistungen und gesondert berechenbare Materialkosten für medizinisch notwendige kieferorthopädische Leistungen (z. B. herausnehmbare oder festsitzende Zahnspangen, Außenspangen, Kunststoffschienen nach dem Alignerverfahren, Retainer).</p> <p>Erstattungsfähig sind auch darüber hinausgehende Mehrleistungen wie zum Beispiel besondere Behandlungsformen (z. B. innenliegende Zahnspangen, sog. Lingualtechnik), besondere Bögen und Brackets (z. B. Kunststoff- oder Keramikbrackets, Minibrackets, selbstlegierende Brackets) oder eine Bracketumfeldversiegelung.</p> <p>Erstattungsfähig sind im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen auch Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> – funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen (gnathologische Leistungen) – die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. <p>Die Erstattung der Generali wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif PlanJ wie folgt begrenzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> – im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 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 vorgenannten Begrenzungen entfallen bei unfallbedingter Behandlung, sofern der Unfall nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetreten ist.</p> <p>Gemäß § 29 Abs. 2 SGB V haben Versicherte in der GKV zunächst einen Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung selbst zu leisten. Dieser Anteil wird von der GKV an die Versicherten zurückgezahlt, wenn die Behandlung planmäßig abgeschlossen worden ist. Der geleistete Anteil ist nach Tarif PlanJ nicht erstattungsfähig.</p>	<p><u>bei GKV-Vorleistung:</u></p> <p>100 % unter Anrechnung der Vorleistung der GKV</p> <p><u>ohne GKV-Vorleistung:</u></p> <p>80 %</p> <p>Die Erstattung beträgt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle und davon, ob eine GKV-Vorleistung erfolgt – insgesamt höchstens 3.600,00 EUR während der gesamten Vertragslaufzeit.</p>
J 6	Auslandsreiseschutz	<p>Ergänzende allgemeine Regelungen für den Auslandsreiseschutz nach J 6.1 bis 6.17</p> <p>Reisedauer: Versicherungsschutz nach J 6.1 bis J 6.17 besteht abweichend von § 6 Abs. 1 AVB/ZV 2011 für die ersten 60 Tage einer privaten oder beruflichen Auslandsreise.</p> <p>Muss der Aufenthalt im Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über 60 Tage hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.</p> <p>Geltungsbereich: Versicherungsschutz besteht für Auslandsreisen weltweit mit Ausnahme von Deutschland und dem Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.</p> <p>Wartezeiten: Abweichend von § 4 AVB/ZV 2011 entfallen die Wartezeiten.</p>	

Obliegenheiten	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den in §§ 20 bis 23 AVB/ZV 2011 geregelten Obliegenheiten folgende besondere Obliegenheiten: a) Im Leistungsfall ist der Generali der Beginn der Auslandsreise nachzuweisen. b) Ein stationärer Aufenthalt ist der Generali so früh wie möglich anzuzeigen. c) Über einen beabsichtigten Krankenrücktransport ist die Generali so früh wie möglich zu informieren.	
Zulässige Behandelnde	Abweichend von A 1 steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten, Zahnärzten und Physiotherapeuten frei. Sofern ärztlich verordnet, kann auch medizinisches Fachpersonal (z. B. Chiropraktiker, Osteopathen, Heilpraktiker) in Anspruch genommen werden.	
Leistungsausschlüsse	Für den Auslandsreiseschutz gelten ergänzend zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besondere Leistungsausschlüsse. Diese sind in J 6.17 geregelt.	
J 6.1 Ambulante Leistungen	Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung Aufwendungen für a) Untersuchung und Heilbehandlung b) Arznei-, Verband- und Heilmittel c) Hilfsmittel in einfacher Ausführung, sofern sie erstmals erforderlich werden.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.2 Leistungen im Krankenhaus	Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung Aufwendungen für a) ärztliche Leistungen, allgemeine Krankenhausleistungen, Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus b) gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn versicherte Kinder und Jugendliche bis einschließlich 17 Jahre stationär behandelt werden. Auf die Erstattung der Aufwendungen nach J 6.2 a) und b) kann insgesamt verzichtet werden. In diesem Fall wird für jeden Tag des stationären Aufenthalts ein Krankenhaustagegeld von 50,00 EUR gezahlt. Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali vor Beginn der Behandlung im Krankenhaus über die Wahl des Krankenhaustagegeldes informiert wird.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Bei Wahl des Krankenhaustagegeldes beträgt die Höchstleistung 1.500,00 EUR je Versicherungsfall.
J 6.3 Zahnärztliche Leistungen	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich plastischer Zahnfüllungen b) provisorischen Zahnersatz und provisorische Zahnkronen jeweils in einfacher Ausführung c) einfache Reparaturen von Zahnersatz und Zahnkronen	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.4 Ambulante Traumbehandlung	Abweichend von J 6.17 d) sind auch Aufwendungen für die ambulante psychologische oder psychotherapeutische Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen erstattungsfähig, wenn sich auf der Reise ein Unfall, ein Gewaltverbrechen oder eine Naturkatastrophe ereignet.	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.5 Leistungen bei Schwangerschaft	Erstattungsfähig sind Aufwendungen für a) die medizinisch notwendige ambulante und stationäre Behandlung wegen Schwangerschaftskomplikationen b) die Entbindung bei Frühgeburt (bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche) einschließlich der bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und neugeborenem Kind entstehenden Kosten (einschließlich Behandlung, Unterbringung und Pflege des neugeborenen Kindes)	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

	<ul style="list-style-type: none"> c) die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Fehlgeburt d) den nicht rechtswidrigen, medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch 	
J 6.6 Kranken- transporte	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Krankentransport</p> <ul style="list-style-type: none"> a) in das nächsterreichbare Krankenhaus, in dem eine ambulante Erstversorgung erfolgen kann oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt b) zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus c) nach einer Behandlung im Krankenhaus zurück zur Unterkunft <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für eine Begleitperson.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.7 Krankenrück- transport	<p>Erstattungsfähig sind die Kosten eines Krankenrücktransports aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) der Krankenrücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder b) die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung nach ärztlicher Bescheinigung voraussichtlich noch einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die versicherte Person transportfähig ist und die Generali den Krankenrücktransport organisiert.</p> <p>Ist für den Krankenrücktransport eine Begleitperson ärztlich angeraten, aus Rechtsgründen erforderlich oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben, trägt die Generali auch die Kosten für die Begleitperson. Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre trägt die Generali grundsätzlich die Kosten einer Begleitperson.</p> <p>Keine Leistungspflicht besteht für Krankenrücktransporte, wenn die versicherte Person aus medizinischer Sicht voraussichtlich innerhalb von sieben Tagen eine reguläre Rückreise antreten kann.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.8 Suche, Rettung und Bergung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die unfallbedingte Suche, Rettung und Bergung der versicherten Person durch einen öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdienst.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 2.500,00 EUR je Versicherungsfall.
J 6.9 Bestattung und Überführung	<p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Kosten wahlweise für die Bestattung im Ausland oder die Überführung an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage einer amtlichen oder ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.10 Betreuung und Rückreise mit- reisender Kinder	<p>Muss die versicherte Person stationär behandelt oder zurücktransportiert werden oder verstirbt sie und kann keine mitreisende erwachsene Person die Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person übernehmen, sind für diese Kinder folgende Aufwendungen erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Betreuung vor Ort b) Rückreise aus dem Ausland an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person c) Hin- und Rückreise einer Begleitperson für die Rückreise des Kindes <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali Betreuung und Rückreise des Kindes sowie Hin- und Rückreise der Begleitperson organisiert.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

J 6.11 Krankenbesuche	<p>Erstattungsfähig sind bei stationärem Krankenhausaufenthalt Aufwendungen für die Hin- und Rückreise einer der versicherten Person nahestehenden Person für einen Krankenbesuch.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> die versicherte Person ohne Begleitung eines (weiteren) Erwachsenen reist, der Krankenbesuch bei der Generali beantragt wird und der Krankenhausaufenthalt zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich noch länger als 14 Tage dauern wird, ein Krankenrücktransport der versicherten Person in diesem Zeitraum aus medizinischen Gründen nicht vertretbar ist und die Generali die Hin- und Rückreise für den Krankenbesuch organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.12 Blutkonserven	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Blutkonserven. Wenn am Reiseort keine oder nur potenziell gesundheitsgefährdende Blutkonserven verfügbar sind, sind auch Aufwendungen für den Versand erstattungsfähig.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.13 Reisegepäckrückholung	<p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Rücktransport des Reisegepäckes an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person, wenn die versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass die Generali die Rückholung des Reisegepäckes organisiert.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 400,00 EUR je Versicherungsfall.
J 6.14 Fahrzeuggrückholung	<p>Erstattungsfähig sind bei Auslandsreisen innerhalb Europas Aufwendungen für die Fahrzeuggrückholung, wenn die versicherte Person, die das Fahrzeug geführt hat, für mindestens drei Tage fahrunfähig ist.</p> <p>Die Fahrzeuggrückholung erfolgt an einen Ort nach Wahl im Land des letzten gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person.</p> <p>Leistungsvoraussetzung ist, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> kein Mitreisender das Fahrzeug führen kann, die Fahrunfähigkeit durch ärztliches Attest nachgewiesen wird, das Fahrzeug ein zulässiges Gesamtgewicht von 3,5 Tonnen nicht überschreitet, sich das Fahrzeug in einem verkehrstauglichen Zustand befindet, das Fahrzeug bereits für die Hinreise verwendet wurde und die Generali die Fahrzeuggrückholung organisiert. 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV
J 6.15 Telefonkosten	<p>Erstattungsfähig sind nachgewiesene Aufwendungen für Telefonate mit der Generali.</p>	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV Die Erstattung beträgt höchstens 25,00 EUR je Versicherungsfall.
J 6.16 Weitere Assistenzleistungen	<p>Die Generali erbringt im Zusammenhang mit einer nach J 6.1 bis J 6.14 versicherten Leistung folgende Assistenzleistungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> ganzjähriger telefonischer 24-Stunden-Service Impfberatung (unabhängig von einem Versicherungsfall und auch vor Reiseantritt) Benennung von Deutsch oder Englisch sprechenden Ärzten und Organisation von Terminen Benennung von Krankenhäusern und Spezialkliniken Benennung von Notfallapotheken Auskunft zu am Reiseort erhältlichen Arznei- und Hilfsmitteln Organisation der Lieferung von Arznei- und Hilfsmitteln durch die Generali, wenn diese am Reiseort nicht verfügbar sind oder die versicherte Person nicht in der Lage ist, diese selbst zu beschaffen 	100 % unter Anrechnung einer eventuellen Vorleistung der GKV

- h) Herstellung eines erforderlichen Kontaktes zwischen den behandelnden Ärzten im Krankenhaus und dem Hausarzt einschließlich der Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten
- i) Übersetzung medizinischer Unterlagen
- j) Weiterleitung von Informationen an Angehörige
- k) Beschaffung und Versand von Ersatz für ins Reiseland mitgenommene Arzneimittel, die auf der Reise verloren gegangen sind oder gestohlen wurden und am Reiseort nicht verfügbar sind. Die Aufwendungen für das Arzneimittel sind der Generali innerhalb von drei Monaten nach Ende der Reise zurückzuzahlen.
- l) bei stationärem Aufenthalt, für den Leistungspflicht besteht, Kostenübernahmegarantie gegenüber Ärzten und Krankenhäusern
- m) Auskunft über Möglichkeiten anwaltlicher Vertretung im Ausland

J 6.17
Besondere
Leistungs-
ausschlüsse für
den Auslands-
reiseschutz

In Ergänzung zu den im Abschnitt A geregelten allgemeinen Leistungsausschlüssen besteht für den Auslandsreiseschutz nach J 6 keine Leistungspflicht für:

- a) Behandlungen, deren Notwendigkeit aufgrund ärztlicher Diagnose vor Reiseantritt bereits feststand
- b) Versicherungsfälle, die vor Beginn des Auslandsaufenthalts eingetreten sind.
Es besteht jedoch Leistungspflicht, wenn bei Reisebeginn aus medizinischer Sicht Reisefähigkeit bestand und während der Auslandsreise eine unerwartete akute Verschlechterung des Gesundheitszustands 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 einschließlich psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Es besteht jedoch Leistungspflicht für die Erstbehandlung zur Vermeidung posttraumatischer Störungen gemäß J 6.4.
- e) Untersuchung und Behandlung wegen regelrecht verlaufender Schwangerschaft und Entbindung sowie für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge
- f) Leistungen nach J 6.5, wenn die Schwangere die Reise entgegen ärztlicher Empfehlung angetreten oder ein Verkehrsmittel gewählt hat, von dem der Arzt abgeraten hat
- g) Neuanfertigungen von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Inlays/ Onlays sowie für Zahnprophylaxe, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädie
- h) Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen
- i) Hypnose

Ende der Versicherung nach Tarif PlanJ, Fortführung nach Tarif Plan2

Die Versicherung nach Tarif PlanJ 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 Plan2 fortgeführt.

Versicherte Personen mit bestehender Gesundheitsgarantie (vgl. Abschnitt K) können ihre Versicherung alternativ auch nach Tarif Plan1 fortführen.

Personen in der Ausbildung können die Versicherung auch nach dem Ausbildungstarif APlan2 oder APlan1 fortführen (vgl. Abschnitt M 1). Personen mit einer Vermögenssicherungspolice bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG können auch die VSP-Varianten Plan2V oder Plan1V bzw. APlan2V oder APlan1V wählen (vgl. Abschnitt M 2).

Der Versicherungsnehmer kann der Fortführung bis zu zwei Monate nach Erhalt der Mitteilung über die Vertragsänderung widersprechen.

K Gesundheitsgarantie

Im Rahmen der Gesundheitsgarantie kann der Versicherungsschutz zu bestimmten Zeitpunkten (Garantiezeitpunkte) ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten erweitert werden.

Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Gesundheitsgarantie

Die Gesundheitsgarantie K 1 bis K 3 kann in Anspruch genommen werden, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht zum Garantiezeitpunkt Versicherungsschutz nach mindestens einem der Tarife Plan1, Plan2, PlanA, PlanS, PlanJ oder APlan1, APlan2, APlanA, APlanS oder Plan1V, Plan2V, APlan1V, APlan2V.
- Der Versicherungsschutz nach den Tarifen aus Mein Gesundheitsplan wurde zu keinem Zeitpunkt durch Kündigung eines Tarifs oder durch Umstellung in einen Tarif mit geringerem Leistungsumfang (z. B. von Plan1 in Plan2 oder PlanA+PlanZ1 in PlanA+PlanZ2) reduziert. Die Fortführung des PlanJ-Versicherungsschutzes mit Vollendung des 21. Lebensjahres im Tarif Plan2 oder Plan1 bzw. APlan2 oder APlan1 oder einer korrespondierenden VSP-Variante (Plan2V, Plan1V oder APlan2V, APlan1V) gilt nicht als Reduktion des Versicherungsschutzes.
- Die versicherte Person ist zum Garantiezeitpunkt höchstens 49 Jahre alt.
- In den letzten zwölf Monaten vor dem Garantiezeitpunkt bestand kein Beitragsrückstand.
- Der Versicherungsnehmer beantragt die Erweiterung des Versicherungsschutzes in Textform spätestens zwei Monate nach Erreichen des Garantiezeitpunkts.

Risikoeinstufung bei Inanspruchnahme der Gesundheitsgarantie

Bei Abschluss eines Tarifs aus Mein Gesundheitsplan mit Gesundheitsgarantie wird der Gesundheitszustand der versicherten Person festgehalten. Dieser Gesundheitszustand ist für die Risikoeinstufung in den jeweiligen Zieltarifen maßgebend, wenn der Versicherungsnehmer die Gesundheitsgarantie in Anspruch nimmt. Zwischenzeitliche Verschlechterungen des Gesundheitszustands bleiben unberücksichtigt.

K1 Erweiterung des Versicherungsschutzes im Rahmen der Tarife aus Mein Gesundheitsplan

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherungsschutz erweitert wird durch

- die Hinzuversicherung von bisher nicht versicherten Tarifen aus Mein Gesundheitsplan,
- eine Umstellung in höherwertige Tarife aus Mein Gesundheitsplan.

Garantiezeitpunkt ist jeweils der 01.01. eines geraden Kalenderjahres.

K2 Erweiterung des Versicherungsschutzes bei Leistungseinschränkungen in der GKV

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 verlangen. Die Generali wird die Einführung solcher Tarife sowie den Garantiezeitpunkt bekannt geben.

K3 Umstellung in eine Krankheitskostenvollversicherung

Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, die Versicherung in eine Krankheitskostenvollversicherung umzustellen. Voraussetzung ist, dass die Bonitätsprüfung nach den zum Garantiezeitpunkt für das Neugeschäft geltenden Grundsätzen positiv ausfällt.

Bei Umstellung in die Krankheitskostenvollversicherung besteht zudem das Recht auf Abschluss einer privaten Pflegepflichtversicherung. Außerdem besteht das Recht auf Abschluss einer Krankentagegeldversicherung mit einem versicherten Krankentagegeld, das – zusammen mit ggf. bestehenden weiteren Krankentagegeldern – das nachgewiesene Nettoeinkommen nicht übersteigt. Der Abschluss eines Krankentagegelds, das einen Tagessatz von 130,00 EUR übersteigt, ist nur insoweit möglich, als dass damit das zum Garantiezeitpunkt für das Neugeschäft geltende Höchsttagessgeld nicht überschritten wird.

Die Gesundheitsgarantie K 3 kann nur für versicherte Personen ausgeübt werden, für die zum Garantiezeitpunkt weder Versicherungspflicht in der GKV noch ein Anspruch auf Familienversicherung in der GKV noch ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht.

Garantiezeitpunkte sind

- der Wegfall der Versicherungspflicht in der GKV
- der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung
- der Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge
- jeweils der 01.01. eines geraden Kalenderjahres

L Dynamisierung

Die Generali prüft in regelmäßigen Abständen, ob die für einzelne Leistungen geltenden tariflichen Erstattungshöchstbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Beträge können angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

Diese Regelung zur Dynamisierung gilt entsprechend für den Familienrabatt.

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

M Besondere Tarifvarianten

Für Personen in der Ausbildung und Personen mit Vermögenssicherungspolice der Generali Deutschland Versicherung AG werden besondere Tarifvarianten angeboten.

M 1 Ausbildungstarife

Die nachfolgenden Tarife aus Mein Gesundheitsplan werden auch als Ausbildungstarife mit identischen Leistungen zu einem reduzierten Beitrag ohne Bildung von Alterungsrückstellungen angeboten.

Tarif	Ausbildungstarif
Plan1	APlan1
Plan2	APlan2
Plan3	APlan3
PlanZ1	APlanZ1
PlanZ2	APlanZ2
PlanZ3	APlanZ3
PlanA	APlanA
PlanS	APlanS

Versicherungsfähig nach den Ausbildungstarifen sind Personen in der Ausbildung, die mindestens 21 und höchstens 38 Jahre alt sind und die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß Präambel erfüllen. Bei Antragstellung ist ein geeigneter Nachweis zu erbringen, dass sich die versicherte Person in Ausbildung befindet.

Die Versicherung in den Ausbildungstarifen ist für höchstens sechs Jahre möglich (Höchstversicherungsdauer). Sie endet in jedem Fall mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person 39 Jahre alt wird. Wird nach Ablauf der Höchstversicherungsdauer nachgewiesen, dass sich die versicherte Person weiterhin in Ausbildung befindet, kann auf Antrag eine Weiterversicherung nach den Ausbildungstarifen bis zum Ende der Ausbildung erfolgen, höchstens aber bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 39 Jahre alt wird.

In folgenden Fällen wird die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten vom Ersten des Folgemonats an nach dem entsprechenden Tarif aus Mein Gesundheitsplan mit Bildung von Alterungsrückstellungen fortgeführt:

- Ende der Ausbildung oder
- Erreichen der Höchstversicherungsdauer von sechs Jahren oder
- 39. Geburtstag der versicherten Person.

Die Beendigung der Ausbildung ist der Generali innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Der bei Fortführung zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Lebensalter der versicherten Person. Vereinbarte Risikozuschläge werden entsprechend angepasst; Leistungsausschlüsse werden übernommen.

Wird die Fortführung nicht gewünscht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nach Mein Gesundheitsplan für die betroffene versicherte Person zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Versicherungsfähigkeit in den Ausbildungstarifen endet. Die Kündigung kann auch bis zu zwei Monate rückwirkend erklärt werden. Sie kann auch für einzelne Tarife erfolgen.

M 2 Tarife für Personen mit Vermögenssicherungspolice (VSP-Tarife)

Berechtigter Personenkreis und angebotene Tarife

Ist der Versicherungsnehmer der Generali Deutschland Krankenversicherung AG (Generali) zugleich Versicherungsnehmer einer Vermögenssicherungspolice bei der Generali Deutschland Versicherung AG, kann er für sich und die bei der Generali Deutschland Krankenversicherung AG mitversicherten Personen als Tarifvariante die VSP-Tarife wählen. Als VSP-Tarife werden die in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Tarife angeboten.

Tarif	VSP-Tarif
Plan1	Plan1V
Plan2	Plan2V
Plan3	Plan3V
APlan1	APlan1V
APlan2	APlan2V
APlan3	APlan3V

Zusätzlich zu den Leistungen der Normaltarife (Plan1, Plan2, Plan3, APlan1, APlan2, APlan3) enthalten die VSP-Tarife eine optionale Sicherungsgarantie.

Beitragsvorteil (VSP-Nachlass)

Die Beiträge für die VSP-Tarife sind gegenüber den Beiträgen der entsprechenden Normaltarife reduziert (VSP-Nachlass).

Nachweise

Auf Verlangen der Generali ist vom Versicherungsnehmer ein geeigneter Nachweis über die bestehende Vermögenssicherungspolice zu erbringen.

Bei Beendigung der Vermögenssicherungspolice wird die Versicherung bei der Generali vom Ersten des Folgemonats an nach den entsprechenden Normaltarifen fortgeführt. Die Beendigung ist der Generali innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Sicherungsgarantie (optional)

Die Sicherungsgarantie kann für Personen abgeschlossen werden, für die bei Antragstellung noch eine GKV-Zusatzversicherung mit zahnärztlichen Leistungen bei einem anderen privaten Krankenversicherer besteht (Vorversicherung). Sie gewährleistet einen vorteilhaften Übergang auf den VSP-Tarif.

Dauer und Inhalt

Die Sicherungsgarantie läuft vom beantragten Zeitpunkt bis zum Zeitpunkt der frühestmöglichen Beendigung der Vorversicherung.

Mit dem Ende der Sicherungsgarantie beginnt der Versicherungsschutz nach dem VSP-Tarif. Versicherungsschutz besteht dann auch für Versicherungsfälle, die während der Dauer der Sicherungsgarantie eingetreten sind. Erstattungsfähig sind jedoch nur Aufwendungen, die in die Zeit nach Beginn des Versicherungsschutzes fallen.

Die Sicherungsgarantie bietet folgende Vorteile:

- Der Versicherungsschutz nach dem VSP-Tarif beginnt ohne erneute Gesundheitsprüfung.
- Die Wartezeiten im VSP-Tarif entfallen.
- Die Dauer der Sicherungsgarantie wird auf den Zeitraum der Zahnstaffel im VSP-Tarif angerechnet.

Voraussetzungen

- Bei Antragstellung muss eine GKV-Zusatzversicherung für zahnärztliche Leistungen bei einem anderen privaten Krankenversicherer bestehen (Vorversicherung). Eine Auslandsreisekrankenversicherung reicht als Vorversicherung nicht aus.
- Die Vorversicherung wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt beendet. Dieser Zeitpunkt ist bei Antragstellung anzugeben. Die Beendigung ist auf Verlangen nachzuweisen.

Beitrag

Für die Dauer der Sicherungsgarantie ist ein Beitrag in Höhe von 4 % des Beitrags des beantragten VSP-Tarifs zu entrichten. Bei Beitragsanpassungen ist der Beitrag zum erreichten Lebensalter maßgeblich.

Alterungsrückstellungen werden während der Dauer der Sicherungsgarantie nicht gebildet.

Bei Beginn des Versicherungsschutzes nach dem VSP-Tarif wird der Beitrag zu dem dann erreichten Alter berechnet.

Leistungen

Ein Anspruch auf Leistungen besteht für die Dauer der Sicherungsgarantie nicht.

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

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.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

Beiträge

§ 11
Fälligkeit und Zahlungsweise

(1) Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist frühestens nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

(2) Lastschriftinzug

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.

(3) Sonstige Zahlungsweise

Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.

§ 12
Berechnung des Beitrags

(1) Allgemeines

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich

- insbesondere nach dem Tarif,
- in Tarifen mit geschlechtsabhängigen Beiträgen nach dem Geschlecht der versicherten Person
- und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person.

Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 15. bzw. 21. Lebensjahres

Für Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

(3) Auswirkungen des Alters und des Geschlechts bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden berücksichtigt:

- 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 beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach § 38 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die 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	<p>(1) Voraussetzungen</p> <p>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.</p> <p>(2) Wirksamwerden</p> <p>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.</p>
---	--

§ 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen	<p>(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen</p> <p>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.</p> <p>(2) Ersetzung unwirksamer Klauseln</p> <p>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.</p>
---	---

§ 18 Tarifwechsel	<p>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.</p>
------------------------------------	--

§ 19
Versicherung von
Neugeborenen, Adoption

(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate 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.

(2) Späterer Antrag/Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

(3) Adoption

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

(4) Zurechnung der Aufwendungen für das Neugeborene

Die Aufwendungen für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung des gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person
(Obliegenheiten)

§ 20
Allgemeines

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in den §§ 21 bis 23 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich.

§ 21
Einzelne Obliegenheiten

(1) Erteilung von Auskünften

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Ärztliche Untersuchung

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.

(3) Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Änderung von Name oder Anschrift

Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Andernfalls gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.

(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 wird 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.

§ 22
Ersatzansprüche gegen Dritte

(1) Abtretung

Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Mitwirkung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(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.

§ 23
Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer

Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 VVG entsprechend anzuwenden.

Dauer und Ende der Versicherung

§ 24
Vertragsdauer und Versicherungsjahr

(1) Vertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(2) Berechnung des Versicherungsjahrs

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt; es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

§ 25
Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) 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.

(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.

(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.

(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.

(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 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 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 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 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 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>

Ombudsman 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 Ombudsman Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

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

Der Ombudsman 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 Ombudsman Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsman 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
Telefax 02 21/16 36 - 2 00
www.generali.de

Ein Unternehmen der Generali Gruppe