



Versicherer:
Generali Versicherung AG
Landskrongasse 1-3
A-1010 Wien

Beschwerdestelle: Beschwerden können Sie direkt an den Versicherer unter generali.at/service/lob-und-beschwerde oder an die Postadresse richten.

Antrag auf Gesundheitsvorsorge in der Gruppenkrankenversicherung mit Wertanpassung

Antrag auf Beitritt zum Gruppenvertrag

Kumulnummer _____ Versicherungsnehmer/Firma _____

Antragsteller

Familienname _____ Vorname _____ Titel _____ Geburtsdatum _____
 M W
 Geschlecht Familienstand _____ ausgeübter Beruf _____ SV-Nummer _____ Staatsangehörigkeit _____

Wohnadresse

Adresse (PLZ, Anschrift); Änderungen der Anschrift des Versicherungsnehmers müssen dem Versicherer bekannt gegeben werden.

Antragsteller ist empfangsberechtigt für Poststücke: Ja Nein

Kundennummer

Kundennummer _____

Beantragt wird folgendes Gesundheitsvorsorgeprodukt gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppenkrankenversicherung von Krankheitskosten und Krankenhaustagegeld (AVBKVG 2012 idF 07.2015), den Allgemeinen Bedingungen für die Gruppenpflegegeldversicherung (AVBPG 2012 idF 07.2015), den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppenkrankengeldversicherung (AVBKG 2012 idF 07.2015), den Ergänzenden Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife und dem für die betreffende Personengruppe bestehenden Gruppenvertrag.

Vertragsdauer ab 01. _____ (0 Uhr) auf unbestimmte Zeit, frühestens kündbar zum Ablauf des 3. Versicherungsjahres, von Beginn an gerechnet.

Versicherte Personen

Name	Geb. Datum	Geschlecht	Sozialversicherung	Tarifvariante/Tarife	Monatsprämie
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	_____	_____	_____

Gesamtpremie inkl. Steuern _____

Bitte beachten Sie:

Für versicherte Kinder gilt bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres die begünstigte Prämie für Kinder vereinbart - mit dem nächstfolgenden Monatsersten erfolgt die Umstellung auf Prämie für Erwachsene.

Vor- und Nebenversicherung

Versicherer _____ Sparte _____ Polizzenummer _____ Ablauf _____ Tarife _____
 beantragt aufrecht
 abgelehnt gekündigt

Zahlungsweise

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich (nur bei Lastschrift)

Zahlungsart

Lastschriftverfahren Ja (SEPA-Lastschrift-Mandat beiliegend) Nein

Hinweis: Bei nicht möglichem Prämieinzug werden die Rückläufergebühren der Bank des Prämienzahlers zuzüglich EUR 7,00 Bearbeitungsgebühr verrechnet. Zudem wird in Hinkunft die Prämie mit Zahlungsanweisung vierteljährlich vorgeschrieben.

Antragstellung

An diesen Antrag hält sich der Antragsteller 6 Wochen gebunden. Die Antragstellung ist nur schriftlich möglich.
Der Antragsteller erklärt, dass der Antrag richtig, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurde.

Die oben angeführte Prämie wurde aufgrund des gewählten Versicherungsschutzes und des Alters der versicherten Person(en) ermittelt. Die tatsächliche Prämie ist aber auch von der Beurteilung des individuellen Gesundheitszustands der versicherten Person(en) abhängig und kann daher von der angeführten Prämie abweichen. Die Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung eines Antrags obliegt dem Versicherer.

Unser Mitarbeiter darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensumstände keine verbindlichen Erklärungen abgeben; er ist nur zur Entgegennahme schriftlicher Antworten zu den gestellten Fragen ermächtigt.

Bitte überprüfen Sie, ob Sie folgende Unterlagen erhalten haben. Diese beschreiben die Details zur beantragten Versicherung:

- Kopie des Antrags;

Informationsblatt zum Antrag auf Gesundheitsvorsorge in der Gruppenkrankenversicherung;

Der Antragsteller hat mit dem Versicherer insbesondere untenstehende Rahmenvereinbarungen abgeschlossen.

Diese Vereinbarungen samt den darin abgegebenen Zustimmungserklärungen gelten auch für den vorliegenden Antrag:

- Kundenstammblatt – Basisblatt (samt Belehrung über Rücktrittsrechte und Information zur Datenverwendung)
- Kundenstammblatt – Vereinbarung der Elektronischen Kommunikation

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters

Der Vermittler bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er die oben angeführten Unterlagen dem Antragsteller übergeben hat und dieser ausreichend Zeit hatte die Informationen zur Kenntnis zu nehmen. Er bestätigt weiters, dass der Antragsteller die in diesem Antrag gestellten Fragen selbst beantwortet und den Antrag eigenhändig unterzeichnet hat sowie, dass darüber hinaus keine mündlichen Nebenabreden getroffen oder Zusagen erteilt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers

Sektion	Kontonummer	Abschluss	Folge/Betreuung	Produktion

Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

Informationsblatt zum Antrag auf Gesundheitsvorsorge in der Gruppenkrankenversicherung

Allgemeine Informationen zu Anträgen der Generali Versicherung AG

1. **Verantwortlichkeit für den Antrag – Schriftform:**
Für die Richtigkeit der Angaben sind Sie allein verantwortlich, auch wenn Sie den Antrag nicht selbst ausgefüllt haben. Alle Erklärungen müssen schriftlich im Antrag erfolgen. Besondere Vereinbarungen und Vorbehalte bedürfen der Bestätigung des Versicherers in geschriebener Form.
2. **Vorvertragliche Anzeigepflicht:**
 - a. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen sind verpflichtet, dem Versicherer vor Abschluss des Versicherungsvertrages alle für die Übernahme des Risikos erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Als erheblich gelten jedenfalls jene Gefahrenumstände nach denen der Versicherer im Antrag oder in Fragebögen ausdrücklich und genau umschrieben fragt.
 - b. Werden Fragen des Versicherers im Antrag oder in Fragebögen von den Anzeigepflichtigen schuldhaft gar nicht, unvollständig oder unrichtig beantwortet, ist der Versicherer berechtigt, binnen eines Monats ab Kenntnis der Pflichtverletzung vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Ebenso kann der Versicherer zurücktreten, wenn die Anzeigepflichtigen erhebliche Gefahrenumstände arglistig verschweigen, nach denen der Versicherer im Antrag oder den Fragebögen nicht ausdrücklich gefragt hat.
 - c. Die vorstehenden Rücktrittsrechte des Versicherers erlöschen nach Ablauf von 3 Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages, es sei denn, dass die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde.
 - d. Wird dem Versicherer nach Vertragsabschluss die Verletzung einer Anzeigepflicht bekannt, kann er ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode eine für das höhere Risiko angemessenen Prämienzuschlag verlangen. Wird das höhere Risiko nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat ab Kenntnis der Verletzung der Anzeigepflicht zu kündigen.
 - e. Befreit eine Verletzung der Anzeigepflicht den Versicherer zum Rücktritt, so ist der Versicherer im Versicherungsfall von der Leistungspflicht befreit, wenn der nicht angezeigte Gefahrenumstand einen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er einen Einfluss auf den Umfang der Leistung hatte.
 - f. Unbeschadet der vorstehenden Regelungen kann der Versicherer den Versicherungsvertrag jederzeit wegen arglistiger Täuschung über Gefahrenumstände anfechten.
3. **Recht auf Information über Annahmehescheidung:**
Nach den Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes kann der Versicherungsnehmer die Bekanntgabe der Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern er einen Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung bei der zu versichernden Person erbringt (z.B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Behinderteneinstellungsgesetz). Ist der Versicherungsnehmer mit der zu versichernden Person nicht ident, muss diese der Übermittlung ihrer personenbezogenen Gesundheitsdaten zustimmen.
4. **Fälligkeit der Erstprämie:**
Die Zahlungsfrist für die erste Prämie beträgt 14 Tage ab Vertragsabschluss (Zugang der Polizza). Sollte die erste Prämie danach noch unbezahlt sein, erlischt der Versicherungsschutz zur Gänze. Der Versicherer ist in diesem Fall auch zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt.
5. **Gebühren**
Neben der Prämie verrechnet der Versicherer Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren). Die zum jeweiligen Durchführungstermin gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Homepage unter: <https://www.generali.at/service/gebuehren-versicherung.html> veröffentlicht; das Informationsblatt sendet der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf Wunsch auch gerne zu.

Besondere Informationen zum Antrag auf Gesundheitsvorsorge in der Gruppenkrankenversicherung

1. **Beginn des Versicherungsschutzes:**
In der Kranken- und in der Pflegegeldversicherung wird keine vorläufige Deckung gewährt. Der Versicherungsschutz beginnt mit Zugang der Polizza oder einer gesonderten Annahmeerklärung, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt. Wird die Polizza nach diesem Zeitpunkt übermittelt, die Prämie sodann aber innerhalb von 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz, abgesehen von den Wartezeiten, mit dem in der Polizza bezeichneten Zeitpunkt.
2. **Wartezeiten:**
Der Versicherer verzichtet bei Vertragsabschluss auf in den Versicherungsbedingungen beschriebene allgemeine Wartezeiten. Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehenden medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und für Fehlgeburten besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von 9 Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft. Eine andere Regelung kann durch eine schriftliche Vereinbarung in der Polizza erfolgen.
Wartezeiten für Versicherungsfälle aufgrund Krankheiten oder Unfallfolgen, die zu besonderen Bedingungen in den Versicherungsschutz einbezogen werden, siehe unten Pkt. 3 b.
3. **Einschränkungen des Versicherungsschutzes**
 - a. In Gesetzen sowie den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz formuliert, wie beispielsweise für:
 - Versicherungsfälle, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben;
 - Versicherungsfälle aufgrund missbräuchlichen Genusses von Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten;
 - Versicherungsfälle, die auf Vorsatz des Versicherungsnehmers oder des Versicherten beruhen;
 - Einrichtungen die auf Geriatrie ausgerichtet sind.Diese Aufzählung ist nur demonstrativ und daher nicht abschließend!
 - b. Sollte der Versicherer individuelle Wartezeiten und/oder Leistungsausschlüsse in der Polizza festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizza in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertragsgesetz, BGBl. Nr. 2 / 1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.
4. **Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes:**
Die folgenden Informationen gelten nicht für den Tarif RB!
Der Versicherer ist berechtigt bei Veränderung nachstehender Faktoren eine Änderung der Prämien oder des Versicherungsschutzes vorzunehmen:
 - eines vereinbarten Index,
 - der durchschnittlichen Lebenserwartung,
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwändigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
 - der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen
- des Durchschnittsalters einer versicherten Gruppe.

Zu den beantragten Tarifen finden Sie Informationen zur Prämienhöhung in den letzten 5 Jahren im Vorschlag zur Gesundheitsvorsorge.

Aus der dort dargestellten Prämienentwicklung in der Vergangenheit können keine zwingenden Rückschlüsse auf die Entwicklung in der Zukunft abgeleitet werden. Hingewiesen wird jedenfalls darauf, dass die Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen können.

Wird die Versicherungsprämie aufgrund einer Veränderung der oben angeführten Faktoren erhöht, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geändertem Leistungsumfang unterbreitet.

5. **Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung:**

Die Tarife AHC, AHD, BHO, KH, KSH, KTH, RH, REG, RHT SH, SHN, SHO, SHU, STHU, TH, TG, ZH, 1AHC, 1AHD, 3VH, VG30, 30V und RB, nehmen an keiner Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung teil.

Die Tarife AH, AHB, AHN, SHR und SHNR, zählen zum Tarifabrechnungsverband H.

Die Tarife AD, AV, AG, AGD und AS zählen zum Tarifabrechnungsverband A.

Die Tarife KT, SGD, SKU, SO, 1S/2S und TEG zählen zum Tarifabrechnungsverband B.

Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung im Tarifabrechnungsverband A mitversichert, zählen sie zum Tarifabrechnungsverband A

Die Tarife KGD, KGDZ und ZD zählen – bei Kombination mit einem Tarif für ambulante Heilbehandlung – zum Tarifabrechnungsverband E.

Verbände und Gewinnermittlung

a. **Verband A und B**

Tarife in den Verbänden A und B nehmen an einer erfolgsabhängigen Gewinnbeteiligung teil.

Der Gewinnrückstellung für die erfolgsabhängige Gewinnbeteiligung werden 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen. Für Tarife im Verband A wird die Gewinnbeteiligung in der Höhe von drei Monatsprämien garantiert (Prämienrückvergütung).

b. **Verband C**

Der Gewinnrückstellung des Verbandes C werden mindestens 85% des nach Maßgabe des Geschäftsplanes ermittelten Gewinnes zugewiesen.

c. **Verband E**

Tarife im Verband E nehmen an einer Prämienrückvergütung in der Höhe von drei Monatsprämien teil. Darüber hinaus besteht keine Gewinnberechtigung.

d. **Verband H**

Tarife im Verband H nehmen an einer Prämienrückvergütung in Höhe von 15% der für das Kalenderjahr vorgeschriebenen, abgegrenzten Jahresprämie teil. Darüber hinaus besteht keine Gewinnberechtigung.

Voraussetzungen für Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung aus den Verbänden A, B und E

e. **Bestehen der Versicherung, Prämienzahlung**

Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Verbandes teilnahmeberechtigt, die während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden haben und für die die Prämien voll gezahlt worden sind.

Änderungen des Versicherungsschutzes oder der Tarife während des Kalenderjahres können eine Teilnahmeberechtigung nicht begründen.

Haben sich die Prämien während des Kalenderjahres geändert, bemisst sich die Höhe der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung nach der niedrigsten Monatsprämie.

Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist, oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben.

f. **Auszahlung von Versicherungsleistungen**

Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.

Bei Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung gelten die Versicherungen von erwachsenen Personen als Einheit, d.h. diese Versicherungen sind nur dann teilnahmeberechtigt, wenn von keiner der erwachsenen Personen im abgelaufenen Kalenderjahr Versicherungsleistungen in Anspruch genommen worden sind.

g. **Tarifabrechnungsverbände als Einheit**

Die Versicherungen in den Verbänden A und E einerseits sowie jene im Verband B andererseits gelten bei der Feststellung der Teilnahmeberechtigung an der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung als Einheit.

Dies gilt sowohl für den in Pkt. e beschriebenen Bestand der Versicherung und der Prämienzahlung als auch für die in Pkt. f geregelte Voraussetzung des Nichtbezugs von Leistungen.

h. **Ausnahmen von der Teilnahmeberechtigung**

Versicherungen für Kinder (solange Kinderprämien bezahlt werden) und Vorsorgeversicherungen sind von der Teilnahme an der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung ausgenommen. Die für diese Versicherungen bezahlten Prämien sind nicht gewinnberechtig, bezogene Leistungen haben keinen Einfluss auf die Teilnahmeberechtigung aus anderen Tarifen im selben Vertrag.

i. **Verwendung und Zuteilung des Gewinns**

Der auf die einzelne Versicherung entfallende Gewinnanteil wird entsprechend dem Geschäftsplan ermittelt.

Er muss stets ein ganzzahliges Vielfaches einer Monatsprämie betragen. Verbleibende Reste in der Gewinnrücklage der Versicherten werden auf das Folgejahr vorgetragen.

Voraussetzungen für die Prämienrückvergütung aus dem Verband H

j. **Bestehen der Versicherung, Prämienzahlung**

Erstens sind nur diejenigen Versicherungen des Verbandes teilnahmeberechtigt, die während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden haben und für die die Prämien voll gezahlt worden sind.

Bei Wechsel aus einem gleichartigen Tarif (z.B. zwischen Krankenhauskostentarifen mit Leistung für Krankheit und Unfall mit Anspruch auf garantierte Prämienrückvergütung) im selben Vertrag wird die Versicherungsdauer des bisher versicherten Tarifs auf die Laufzeit des neuen Tarifs in Verband H angerechnet. Anspruch auf Prämienrückvergütung in der vereinbarten Höhe des neuen Tarifes besteht, wenn die gleichartigen Tarife im selben Vertrag zusammen ein ganzes Kalenderjahr bestanden haben.

Ausgeschlossen sind die Versicherungen, bei denen im abgelaufenen Kalenderjahr durch Prämienzahlungsverzug Leistungsfreiheit des Versicherers eingetreten ist, oder die in Form einer Anwartschaftsversicherung bestanden haben.

k. **Auszahlung von Versicherungsleistungen**

Weiters ist Voraussetzung, dass für die ganze Dauer des letzten Kalenderjahres keine Leistungen vom Versicherer bezogen worden sind.

Verrechnung der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung

l. Die Verrechnung der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz, frühestens jedoch zum 1.7. des dem abgelaufenen Geschäftsjahr folgenden Kalenderjahres. Für zum Zeitpunkt der Verrechnung ausgeschiedene Versicherungsverträge erfolgt keine Verrechnung.

Die Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung wird vom Versicherer auf die Prämien der Monate, die der Verrechnung folgen, in Anrechnung gebracht.

m. Bei Ansprüchen auf Versicherungsleistung für das abgelaufene Geschäftsjahr nach Empfang der Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung, wird diese auf die Leistung des Versicherers angerechnet; eine zu Unrecht erhaltene Gewinnbeteiligung/Prämienrückvergütung ist zurückzuerstatten.

6. **Ende des Versicherungsvertrages:**

Der Gruppenversicherungsvertrag wird für den Zeitraum von 12 Monaten abgeschlossen. Er gilt jeweils für ein Jahr verlängert, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird. Für den Tarif RB kann eine Vertragslaufzeit bis zu 360 Tagen vereinbart werden. Dieser Vertrag endet automatisch mit Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit.

Das Versicherungsverhältnis endet außerdem in nachstehenden Fällen:

a. **Kündigung durch Versicherungsnehmer oder Versicherten:**

Das Versicherungsverhältnis kann hinsichtlich einzelner Personen durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres, mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Dies gilt nicht für Tarif RB (siehe oben, Pkt. 6)

- b. Das Versicherungsjahr wird ab dem Ersten jenes Monats berechnet, in das
 –der Beginn des Gruppenversicherungsvertrages, bzw.
 –der Versicherungsbeginn des ersten Versicherten (bei Versicherung mehrerer Versicherter in einer Police)
 fällt (ursprünglicher Versicherungsbeginn).
 Kündigt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
 Kündigt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Tarife, hat der Versicherer das Recht, innerhalb eines Monats den Vertrag hinsichtlich der übrigen Tarife der Person zum gleichen Termin zu kündigen. Diese Regelung gilt nur für jene Tarife, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nur in Kombination mit anderen Tarifen versicherbar waren. Das Recht auf Gegenkündigung hinsichtlich der übrigen Personen steht dem Versicherer auch in diesem Fall jedenfalls zu.
 Der Versicherungsnehmer hat innerhalb eines Monats nach Gegenkündigung durch den Versicherer das Recht, die ursprünglich ausgesprochene Kündigung zurückzuziehen.
- c. **Kündigung durch Versicherer wegen**
- **Prämienzahlungsverzuges des Versicherungsnehmers:**
- Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, so kann der Versicherer so lange die erste Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 2 Wochen zu bezahlen.
- Der Versicherer ist berechtigt, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer die Prämie gesammelt bezahlt und nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist.
- In allen anderen Fällen ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Prämienschuldner laut dem jeweiligen Versicherungsvertrag nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist.
- Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt.
- **Verletzung von Obliegenheiten vor Abschluss des Versicherungsvertrages**
 (siehe oben „Allgemeine Informationen zu Anträgen der Generali Versicherung AG“, Pkt. 2.)
 - **Verletzung von Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages:**
 Wird für einen Versicherten bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.
 Wird diese Obliegenheit zumindest leicht fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigt der Versicherer den Vertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Vertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.
 - **Erschleichung der Versicherungsleistung deren Versuch bzw. Mitwirkung:**
 Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht, oder zu erschleichen versucht, oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, hat der Versicherer das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
 - **Missachtung zumutbarer Verhaltensregeln:**
 Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht, oder zu erschleichen versucht, oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, hat der Versicherer das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag fristlos zu kündigen.
 Die Kündigung kann auf den jeweils betroffenen Versicherten beschränkt werden.
- d. **Ausscheiden des Versicherten aus dem zu versichernden Personenkreis:**
 Für Versicherte, die während der Vertragsdauer aus dem zu versichernden Personenkreis ausscheiden, endet der Versicherungsvertrag mit dem Ende des Monats des Ausscheidens.
- e. **Ausgleich, Konkurs oder Liquidation des Versicherungsnehmers:**
 Geht der Versicherungsnehmer in Ausgleich, Konkurs oder Liquidation, so haben beide Vertragsteile das Recht, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zum Ende des laufenden Monats zu kündigen.
7. **Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung:**
 Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden:
 Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.
 Im Fall einer Kündigung wird kein Rückkaufwert ausbezahlt und es besteht auch kein Anspruch auf die anteilmäßige Alterungsrückstellung.
 Bei Ausscheiden aus der Gruppenversicherung (spezielle Regelung im Gruppenvertrag) oder bei Beendigung des gesamten Gruppenvertrages hat der Versicherte für sich und seine mitversicherten Angehörigen das Recht, innerhalb eines Monats die Fortsetzung der Versicherung als Einzelversicherung nach den für die Einzelversicherung geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen zu verlangen, sofern die Versicherten bei Eintritt in die Gruppenversicherung versicherbar waren.
- Allfällige für die Dauer der Zugehörigkeit zur Gruppe nicht angewandte besondere Bedingungen (Prämienzuschlag, verlängerte Wartezeit oder Leistungsausschluss für bestehende Krankheiten oder Unfallfolgen) gelten für die Einzelversicherung vereinbart. Für die Berechnung der Prämie wird die Versicherungszeit in der Gruppenversicherung angerechnet. Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung steht dem Versicherten dann zu, wenn diese für alle bisher mitversicherten Familienangehörigen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird.
8. **Für die Versicherung geltende steuerliche Regelungen:**
 Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen einer 1%igen Versicherungssteuer (§ 6 Abs.1 VersStG).
 Prämien für Krankenversicherungen können bei Vorliegen der Voraussetzungen als Sonderausgaben (für vor dem 01.01.2016 abgeschlossene Versicherungsverträge für die Kalenderjahre bis 2020, nach dem 01.01.2016 abgeschlossene Versicherungsverträge können nicht mehr abgesetzt werden) begrenzt durch den Sonderausgabenrahmen gemäß § 18 EStG. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbständige außerdem die Möglichkeit Werbungskosten geltend zu machen.
 Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von Ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.
 Dienstgeber können auch bis zu EUR 300.- als steuerfreie Zukunftssicherung für Ihre Mitarbeiter geltend machen, die in eine Lebens-, Unfall- und/oder Krankenversicherung investiert werden kann.
9. **Bericht über die Solvabilität und Finanzlage:**
 Der Bericht ist auf unserer Homepage unter <https://www.generali.at/generali-gruppe/finanzinformationen/kennzahlen.html> abrufbar und liegt am Firmensitz des Versicherungsunternehmens zur Einsichtnahme auf.

Leistungsübersicht zu Tarifen der Gesundheitsvorsorge in der Gruppenkrankenversicherung

Die folgenden Informationen sollen Ihnen einen Überblick über den Versicherungsschutz im Rahmen der Gesundheitsvorsorge in der Gruppenkrankenversicherung bieten. Nähere Details zu den Leistungen der beantragten Tarife stellt Ihr Betreuer auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Tarife für stationäre Heilbehandlung

MedCare: Sonderklasse – Tarif SH/SHR/SHN/SHNR und SGD

Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bei Krankheit oder Unfall:

1. Volle Kostenübernahme (möglicher Selbstbehalt abhängig von gewählter Tarifstufe)
 - in Vertragskrankenhäusern in Österreich (Direktverrechnung);
 - in allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern Europas (Europaliste);
 - in allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern weltweit bei Unfall oder akuter Erkrankung während vorübergehender Aufenthalte außerhalb Europas (bis zu einer geplanten Dauer von 6 Wochen) oder wenn in Österreich keine gleichwertige Behandlung möglich ist (vorherige Bewilligung des Versicherers).
2. Tariflicher Kostenersatz bis zu vereinbarten Höchstbeträgen in Nicht-Vertragskrankenhäusern
3. Ersatztage- bzw. Entbindungsgeld, wenn keine Leistungen gem. Pkt. 1 oder 2 erbracht werden

MedCare: Krankenhauskosten für Allgemeine Gebührenklasse – Tarif SHN

Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bei Krankheit oder Unfall:

1. Volle Kostenübernahme in der allgemeinen Gebührenklasse öffentlicher Krankenhäuser (möglicher Selbstbehalt abhängig von gewählter Tarifstufe)
 - in Österreich (Direktverrechnung) und Europa (Europaliste);
 - weltweit bei Unfall oder akuter Erkrankung während vorübergehender Aufenthalte außerhalb Europas (bis zu einer geplanten Dauer von 6 Wochen) oder wenn in Österreich keine gleichwertige Behandlung möglich ist (vorherige Bewilligung des Versicherers).
2. Tariflicher Kostenersatz bis zu vereinbarten Höchstbeträgen in anderen Krankenhäusern
3. Ersatztage- bzw. Entbindungsgeld, wenn keine Leistungen gem. Pkt. 1 oder 2 erbracht werden

MedCare: Sonderklasse nach Unfall – Tarif SHU und SKU

Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung nach Unfall:

1. Volle Kostenübernahme
 - in Zweibettzimmern von Vertragskrankenhäusern in Österreich (Direktverrechnung);
 - in Mehrbettzimmern allgemeiner öffentlicher Krankenhäuser Europas (Europaliste);
 - in Mehrbettzimmern allgemeiner öffentlicher Krankenhäuser weltweit bei Unfall während vorübergehender Aufenthalte außerhalb Europas (bis zu einer geplanten Dauer von 6 Wochen) oder wenn in Österreich keine gleichwertige Behandlung der Unfallfolgen möglich ist (vorherige Bewilligung des Versicherers).
2. Tariflicher Kostenersatz bis zu vereinbarten Höchstbeträgen in Nicht-Vertragskrankenhäusern
3. Ersatztagegeld, wenn keine Leistungen gem. Pkt. 1 oder 2 erbracht werden
4. Tagegeld bei Rehabilitation und Anschlussheilverfahren nach Unfall für max. 42 Tage pro Aufenthalt

MedCare: Sonderklasse nach Unfall mit Krankenhaus-Tagegeld – Tarif STHU

Versicherungsschutz wie unter „MedCare: Sonderklasse nach Unfall“ beschrieben – mit folgenden zusätzlichen Leistungen:

1. Krankenhaus-Tagegeld bei stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit
2. Tagegeld bei stationärer Entbindung für mind. 6 Tage
3. Tagegeld bei Kuraufenthalt
4. Tagegeld bei Rehabilitation wegen Krankheit

MedCare: Sonderklasse mit Selbstbehalt – Tarif 1S und 2S

Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bei Krankheit oder Unfall:

1. Volle Kostenübernahme (Selbstbehalt: EUR 870,-- (1S), EUR 1.450,-- (2S))
 - Zweibettzimmer in Vertragskrankenhäusern in Österreich (Direktverrechnung);
 - Mehrbettzimmer in allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern Europas (Europaliste);
 - in Mehrbettzimmern allgemeiner öffentlicher Krankenhäuser weltweit bei Unfall während vorübergehender Aufenthalte außerhalb Europas (bis zu einer geplanten Dauer von 6 Wochen) oder wenn in Österreich keine gleichwertige Behandlung der Unfallfolgen möglich ist (vorherige Bewilligung des Versicherers).
2. Tariflicher Kostenersatz bis zu vereinbarten Höchstbeträgen in Nicht-Vertragskrankenhäusern
3. Ersatztage- bzw. Entbindungsgeld, wenn keine Leistungen gem. Pkt. 1 oder 2 erbracht werden

Tarife für ambulante Heilbehandlung

MedCare: Privatarzt & Alternative Vorsorge – Tarif AH/AHB/AHN

Versicherungsschutz für Kosten ambulanter ärztlicher Heilbehandlung inkl. Ganzheits- und Alternativmedizin:

Tarif AHB

Ausmaß der Leistungen

1. Die Versicherungsleistungen sind pro Kalenderjahr mit einer Gesamtsumme begrenzt. Innerhalb dieser Gesamtsumme ist der Kostenersatz für die einzelnen Leistungen mit Höchstbeträgen begrenzt.
2. Die Kosten werden ersetzt zu
 - 100% abzüglich der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung (Voreinreichung),
 - 80%, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt.

Inhalt der Leistungen

1. Honorare für Schulmedizin und folgende alternativmedizinische Methoden: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Ayurvedische Medizin, Klassische Homöopathie, Kneippmedizin, Mayr Therapie, Osteopathie, Ozontherapie und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM);
2. Ambulante Operationen und besondere Untersuchungen;
3. Ärztliche Heilbehandlung nach nicht unter Pkt. 1 angeführten alternativmedizinischen Methoden (geringerer Höchstbetrag)

Tarif AH

Versicherungsschutz wie unter Tarif AHB beschrieben – mit folgenden zusätzlichen Leistungen (ärztlich verordnet):

1. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung;
2. Behandlungen durch Psychologen, Psychotherapeuten;
3. Besondere Heilbehandlungen (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Heilmassagen);
4. Arzneimittel (auch homöopathische);
5. Heilbehelfe (Kostenersatz für Sehbehelfe oder refraktive Augen Chirurgie einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren, für Kinder bis 14 Jahre jährlich);
6. Transportkosten zur Erstversorgung oder im Notfall

Tarif AHN

Versicherungsschutz wie unter Tarif AHB und AH beschrieben – mit folgenden Besonderheiten und zusätzlichen Leistungen:

Ausmaß der Leistungen

1. Die Versicherungsleistungen aus 2AHN und 3AHN sind nicht mit einer Gesamtsumme pro Kalenderjahr begrenzt.
2. Kostenersatz für ärztliche Heilbehandlung:

- 1AHN: innerhalb Höchstbetrag 80%, darüberhinaus 50%;
 - 2AHN: innerhalb Höchstbetrag 100 %, darüberhinaus 90%;
 - 3AHN: kein Höchstbetrag, Leistung 100%;
3. **Kostensatz für Arzneimittel:**
- 1AHN: innerhalb Höchstbetrag 80%, darüberhinaus 50%;
 - 2AHN, 3AHN: kein Höchstbetrag, Kostensatz zu 90% (2AHN), 100% (3AHN);
- Inhalt der Leistungen
1. Transportkosten im Notfall inkl. Hubschrauber bis zum vereinbarten Höchstbetrag – Kostensatz aus 1AHN/2AHN/3AHN zu 80%/90%/100%;
 2. Kostensatz für Kur und Rehabilitation bis zu vereinbarten Höchstbeträgen aus 2AHN/3AHN zu 90%/100%;
 3. Kostensatz für konservierende und prothetische Zahnbehandlung aus 2AHN/3AHN zu 90%/100%;

MedCare: Privatarzt & Alternative Vorsorge – Tarif AG/AGD und AS

Versicherungsschutz für Kosten ambulanter ärztlicher Heilbehandlung inkl. Ganzheits- und Alternativmedizin:

Ausmaß der Leistungen

1. Die Versicherungsleistungen sind pro Kalenderjahr mit einer Gesamtsumme begrenzt. Innerhalb dieser Gesamtsumme ist der Kostensatz für die einzelnen Leistungen mit Höchstbeträgen begrenzt.
2. Die Kosten werden ersetzt zu
 - 100% abzüglich der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung (Voreinreichung),
 - 80%, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt.

Inhalt der Leistungen

1. Honorare für Schulmedizin und folgende alternativmedizinische Methoden: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Ayurvedische Medizin, Klassische Homöopathie, Kneippmedizin, Mayr Therapie, Osteopathie, Ozontherapie und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM);
2. Ambulante Operationen und besondere Untersuchungen;
3. Ärztliche Heilbehandlung nach nicht unter Pkt. 1 angeführten alternativmedizinischen Methoden;
4. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung;
5. Behandlungen durch Psychologen, Psychotherapeuten;
6. Besondere Heilbehandlungen (z. B. Physiotherapie, Logopädie, Heilmassagen);
7. Arzneimittel (auch homöopathische);
8. Heilbehelfe (Kostensatz für Sehbehelfe oder refraktive Augen Chirurgie einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren, für Kinder bis 14 Jahre jährlich);
9. Transportkosten zur Erstversorgung oder im Notfall

MedCare: Ambulante Vorsorge – Tarif AHC

Versicherungsschutz für Kosten ambulanter ärztlicher Heilbehandlung inkl. Ganzheits- und Alternativmedizin:

Ausmaß der Leistungen

1. Die Versicherungsleistungen sind pro Kalenderjahr mit einer Gesamtsumme begrenzt. Innerhalb dieser Gesamtsumme ist der Kostensatz für die einzelnen Leistungen mit Höchstbeträgen begrenzt.
2. Die Kosten werden ersetzt zu
 - 100% abzüglich der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung (Voreinreichung),
 - 80%, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt.

Inhalt der Leistungen

1. Honorare für Schulmedizin und folgende alternativmedizinische Methoden: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Ayurvedische Medizin, Klassische Homöopathie, Kneippmedizin, Mayr Therapie, Osteopathie, Ozontherapie und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM);
3. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Stressmanagement, sportmedizinische Tests und Schutzimpfungen (auch Reiseimpfungen))

MedCare: Ambulante Operation – Tarif AHD

Versicherungsschutz für Kosten ambulanter Operationen:

Die Versicherungsleistung ist pro Kalenderjahr mit einer Gesamtsumme begrenzt.

Die Kosten werden ersetzt zu

- 100% abzüglich der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung (Voreinreichung),
- 80%, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt.

Pflegegeldtarife – BestCare: Pflege

Pflegegeld ab Pflegestufe 3 – Tarif 3PH

Monatliches Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung ab Pflegestufe 3.

Für Zeiträume von weniger als 1 Monat steht pro Tag 1/30 der für die Pflegestufen vereinbarten Beträge zur Verfügung.

Pflegegeld ab Pflegestufe 3 mit Leistungsfreiheitsbonus bei Ableben – Tarif 3PHA

1. Monatliches Pflegegeld wie unter Tarif 3PH beschrieben.
2. Zusätzlich:
Leistungsfreiheitsbonus bei Ableben des Versicherten, wenn zuvor keine Leistung gemäß Pkt. 1 erbracht wurde.

Pflegegeld ab Pflegestufe 3 mit Pauschalleistung – Tarif 3PHP

1. Monatliches Pflegegeld wie unter Tarif 3PH beschrieben.
2. Zusätzlich:
Einmalzahlung bei einem erstmaligen voraussichtlich dauerhaften Pflegebedarf von mehr als 70 Stunden/Monat.

Pflegegeld ab Pflegestufe 4 – Tarif 4PH

Monatliches Pflegegeld bei dauernd notwendiger Pflege und Betreuung ab Pflegestufe 4.

Für Zeiträume von weniger als 1 Monat steht pro Tag 1/30 der für die Pflegestufen vereinbarten Beträge zur Verfügung.

Zusatzleistungen zu allen oben angeführten Pflegegeldtarifen:

1. Kostensatz und Organisation vorübergehend notwendiger Pflege und Betreuung bis zu tariflichem Höchstbetrag/Tag für längstens 60 Tage innerhalb von 2 Kalenderjahren, sofern kein Anspruch auf Pflegegeld aufgrund dauernden Pflegebedarfs besteht.
2. Prämienbefreiung bei Anspruch auf Pflegegeld aufgrund dauernden Pflegebedarfs
3. Pflege-Assistance:
Information und Unterstützung zum Thema Pflege (z. B. Pflegeeinrichtungen, mobile Dienste etc. in der Nähe des Wohnortes) bei Pflegebedarf aufgrund Krankheit, Unfall oder Komplikationen während der Schwangerschaft.

Krankengeldtarife

Krankengeld – Tarif KT und KTH

Versicherungsschutz für Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit (inkl. Schwangerschaft, Entbindung) oder Unfall. Nach Ablauf der vereinbarten Karenzfrist wird pro Tag der Arbeitsunfähigkeit ein fixer Betrag bezahlt.

Krankengeld nach Spitalsaufenthalt – Tarif KSH

Versicherungsschutz für völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund von Krankheit (inkl. Schwangerschaft, Entbindung) oder Unfall. Pro Tag der Arbeitsunfähigkeit wird ein fixer Betrag bezahlt

Sonstige Zusatztarife

Krankenhaus-Tagegeld – Tarif TH

1. Krankenhaus-Tagegeld pro Tag im Krankenhaus
2. Tagegeld bei Entbindung – für mindestens 6 Tage
3. Aufenthaltskosten der Begleitperson bei stationär notwendiger Heilbehandlung des versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr – zusätzlich zum Tagegeld für das Kind
4. Kosten des Krankenhaus- und Heimtransportes
5. Tagegeld bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten

MedCare: Krankenhaus-Tagegeld – Tarif TG/TEG

Die folgenden Leistungen werden nach stationären Aufenthalten erbracht:

1. Krankenhaus-Tagegeld pro stationären Aufenthaltstag;
2. Entbindungsgeld anstelle aller anderen Leistungen;
3. Aufenthaltskosten der Begleitperson bei stationär notwendiger Heilbehandlung eines Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr – zusätzlich zu Taggeld fürs Kind;
4. Kostenersatz für Krankenhaustransporte;
5. Tagegeld bei Kuraufenthalt und Rehabilitation - Für maximal 3 Aufenthalte in 6 Jahren

Kur und Rehabilitation – Tarif KH, KGD und KGDZ

Die folgenden Leistungen werden für maximal 3 Aufenthalte innerhalb von 6 Kalenderjahren erbracht:

1. Tagegeld für längstens 42 Tage, wenn Kur oder Rehabilitation von einem Sozialversicherungsträger bewilligt wurde;
2. Kostenersatz bis zum tariflichen Höchstbetrag/Tag, wenn keine Leistung durch einen Sozialversicherungsträger erfolgt und der Aufenthalt vorab vom Versicherer bewilligt wurde. Kostenersatz wird je Aufenthalt geleistet, bei
 - Kur für längstens 28 Tage;
 - Aufenthalt in Anstalten für Psychosomatik, Zentren für seelische Gesundheit oder psychiatrischer Kur für längstens 42 Tage;
 - Rehabilitation bzw. stationärer Nachbehandlung (Anschlussheilverfahren) für längstens 42 Tage.
3. Kostenübernahme bei Aufenthalt in einer Vertragseinrichtung des Versicherers (Voraussetzungen und max. Leistungsdauer gemäß Pkt. 2); die Kosten werden direkt mit dem Vertragspartner verrechnet, dabei kann abhängig von der Höhe des versicherten Tarifes ein Selbstbehalt je Aufenthaltstag zur Anwendung kommen.

Rundum gesund – Tarif 3VH und VG30

Einmal in zwei Kalenderjahren kann der Versicherte eine der folgenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wählen:

- Angebot eines Vertragspartners für Gesundheitsvorsorge (Gesundheits-Check, Wellness, Fitness);
- Ärztliche Vorsorgeuntersuchung (Kostenersatz bis zum tariflichen Höchstbetrag);
- Persönlicher Gesundheits-Manager erarbeitet mit dem Versicherten eine Strategie zur Reduktion von Risikofaktoren (z.B. Gewichtskontrolle, Ernährungsberatung, Stressmanagement) und unterstützt bei Maßnahmen zur Umstellung hin zu einem gesünderen Lebensstil.

MedReise/MedReise Plus – Tarif 1RH/2RH und REG

Versicherungsschutz für akute Erkrankung oder Unfall auf Reisen mit einer geplanten Dauer von jeweils bis zu 6 Wochen (Tarif 1RH, REG) bzw. 4 Monaten (Tarif 2RH). Kostenersatz bis zur Gesamtsumme von EUR 250.000,00.

1. Im Ausland:
 - Kostenersatz für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie ärztliche verordnete Heilmittel;
2. Im Inland (Reise mit mind. 1 Übernachtung) und im Ausland:
 - Organisation und Kostenersatz u.a. für Bergung und Transport, Arzneimittelversand, Rückholung/Reiseabbruch, Überführung nach Todesfall;
3. Informationen rund um die Reise (Schutzimpfungen, Einreise-, Zollvorschriften, Medizinische Einrichtungen am Aufenthaltsort).

MedCare: Zahn – Tarif ZH und ZD

Versicherungsschutz für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Zahnvorsorge: Wir übernehmen Kosten zahnärztlicher Behandlungen, die von der staatlichen Krankenversicherung nicht gedeckt werden, von der Zahnspange Ihres Kindes bis zum Zahnersatz wie Kronen, Stiftzähne, Brücken und Zahnimplantate.

MedCare: Prämienplan – Tarif FH

Wir reduzieren die Prämie für die Gesundheitsvorsorge ab Vollendung des 65. Lebensjahres um den vereinbarten Betrag pro Monat.

Optionstarife

MedCare: Option auf Sonderklasse bei Krankheit – Tarif SHO

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, eine Sonderklasse-Versicherung nach Tarif SH mit Kostengarantie bis zu der zuvor gewählten Höhe abzuschließen oder zu erhöhen (Tarifumstellung). Diese Tarifumstellung ist bis zum Ende der 10-jährigen Optionslaufzeit (max. bis Alter 60) zu jedem Monatsersten ohne neuerliche Gesundheitsprüfung mit einer sechsmonatigen Wartezeit möglich. Die Prämie für die höheren (neuen) Leistungen wird nach dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Tarifumstellung berechnet und ist nach Ablauf der Wartezeit zu bezahlen.

MedCare: Option auf Sonderklasse bei Krankheit – Tarif SO

Versicherungsschutz wie unter Tarif SKU beschrieben – mit folgender zusätzlichen Leistung:

Option auf Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit. Diese Tarifumstellung ist zu jedem Monatsersten ohne neuerliche Gesundheitsprüfung mit einer sechsmonatigen Wartezeit möglich. Die Prämie für die höheren (neuen) Leistungen wird nach dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Tarifumstellung berechnet und ist nach Ablauf der Wartezeit zu bezahlen. Nach Vollendung des 45. Lebensjahres erfolgt eine Vertragsumstellung auf Sonderklasse-Versicherung für Krankheit und Unfall.

Zusätzliche Leistungen:

1. Krankenhaus-Tagegeld bei stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit
2. Entbindungsgeld
3. Tagegeld bei Rehabilitation nach Unfall

MedCare: Baby-Option – Tarif BHO

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb des ersten Lebensjahres – ohne Risikoprüfung und Wartezeiten – für das neugeborene Kind jene Tarife zu beantragen, die zum Zeitpunkt der Geburt für die versicherte Person versichert sind und für Kinder abgeschlossen werden können.

Vorteile der Antragstellung innerhalb von 2 Monaten ab dem Tag der Geburt:

- der Versicherungsschutz gilt ab der Geburt (ansonsten ab dem Tag der Antragstellung);
- der beantragte Versicherungsschutz wird für die ersten 6 Lebensmonate prämienfrei geboten (wenn der Vertrag für 3 Jahre bestehen bleibt).

MedCare: Pflege – Option auf Pflegegeld ab Pflegestufe 3 – Tarif 3PHO

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, eine Pflegegeld-Versicherung nach Tarif 3PH, 3PHA oder 3PHP um die im Optionstarif vereinbarten Leistungen zu erhöhen (Tarifumstellung). Diese Tarifumstellung ist bis zum Ende der 10-jährigen Optionslaufzeit (max. bis Alter 60) zu jedem Monatsersten ohne neuerliche Gesundheitsprüfung mit einer sechsmonatigen Wartezeit möglich. Die Prämie für die höheren (neuen) Leistungen wird nach dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Tarifumstellung berechnet und ist nach Ablauf der Wartezeit zu bezahlen.