

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I **Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)**
 Teil II **SIGNAL Tarifbedingungen**

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes Teil I MB/KK

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) 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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:

Abweichend von § 1 Abs. 4 Teil I besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarungen Versicherungsschutz, solange sich der Erstwohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthaltsort der versicherten Person in Deutschland befindet.

(2) Ergänzend zu § 1 Abs. 2 Teil I ist Versicherungsfall auch die medizinisch notwendige künstliche Befruchtung unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr

noch nicht vollendet ist, eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht. Erstattungsfähig sind bis zu drei Versuche der künstlichen Befruchtung.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines 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 die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung 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. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, wird der Vertrag gemäß § 8 Abs. 2 Teil I für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.

(2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gem. § 2 Abs. 2 Teil I erstreckt sich der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

(3) Abweichend von § 2 Abs. 2 Teil I wird bei der Bewertung des Versicherungsschutzes die Höhe des Selbstbehaltes nicht berücksichtigt, solange sich das Leistungsversprechen des versicherten Tarifes nur durch einen unterschiedlichen absoluten Selbstbehalt unterscheidet, d.h. der Selbstbehalt darf beim nachzuversichernden Neugeborenen auch niedriger sein, als der des versicherten Elternteils.

§ 3 Wartezeiten

Teil I MB/KK

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

- a) bei Unfällen;
- b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Anwendung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen bei einem vom Versicherer zu bestimmenden Arzt untersuchen lassen. Die Kosten der Untersuchung trägt der Antragsteller. Die Vordrucke für die ärztliche Untersuchung stellt der Versicherer zur Verfügung. Die Bindung des Antragstellers an seinen Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs der ärztlichen Zeugnisse beim Versicherer. Erhält der Versicherer die ärztlichen Zeugnisse nicht innerhalb von drei Wochen nach Zugang der Vordrucke beim Antragsteller zurück, so gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(2) Der Tarif (Teil III) kann Regelungen für einen generellen Verzicht auf Wartezeiten vorsehen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Eine schriftliche Leistungszusage nach § 4 Abs. 5 Teil I ist nicht erforderlich, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden sollen, die eine stationäre Behandlung erfordern.

Eine vorherige Leistungszusage ist auch dann nicht erforderlich, wenn während des Aufenthaltes in einer Krankenanstalt im Sinne des § 4 Abs. 5 Teil I eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.

(2) Ergänzend zu § 4 Abs. 4 Teil I erstattet der Versicherer auch die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Bundeswehrkrankenhäusern.

(3) Der Versicherer erstattet auch die Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Krankenhausambulanzen und medizinischen Versorgungszentren, sofern ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Zudem werden in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz erstattet.

(4) Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Pflege und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten sie als für die Mutter entstanden. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

(5) Ergänzend zu § 4 Teil I bietet der Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) und, soweit es der Tarif (Teil III) vorsieht, auch in den Ergänzungstarifen dem Kunden im Versicherungsfall Kostenberatung durch Überprüfung von Kostenvorschlägen und Rechnungen sowie rechtliche Unterstützung bei gebührenrechtlichen Fragen an.

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

In der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) bietet die SIGNAL Krankenversicherung a. G. darüber hinaus medizinische Informationen und begleitende medizinische Beratung im Einzelfall an.

Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/KK

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a) Teil I wird für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, unter Beachtung von § 5 Abs. 3 Teil I geleistet.

(2) Die Einschränkung nach § 5 Abs. 1 e) Teil I entfällt.

(3) Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a) Teil I.

(4) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

(5) Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Teil I leistet der Versicherer auch für medizinisch notwendige Weiterbehandlung (Anschlussheilbehandlung) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung innerhalb von 14 Tagen (oder bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später) nach dem Akutaufenthalt angetreten wird und durch die Anschlussheilbehandlung der Akutaufenthalt im Krankenhaus abgekürzt wird.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I MB/KK

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

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Als Nachweise sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Heilbehandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und Steigerungssatz sowie jeweiligem Behandlungsdatum. Wird nur Krankenhaustagegeld gewährt, genügt statt der Rechnung eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhauses über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlung und Bezeichnung der Krankheit.

Besteht Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung, sind die Kostenbelege mit einer Bestätigung der gesetzlichen Krankenversicherung über die von ihr gezahlten Beträge vorzulegen.

(2) Ist eine SIGNAL Klinik-Card ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach § 6 Abs. 6 Teil I insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KK

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I MB/KK

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitrags-

anteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhezeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

(2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

(3) Abweichend von § 8 Abs. 7 Teil I kann auch die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags zu einer der in § 8 Abs. 6 Teil I genannten Versicherungen unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

(4) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.

(5) Antrags- und Nachtragsgebühren sowie Mahnkosten werden nicht erhoben.

(6) Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:

a) Wird Beitragsrückerstattung für einen Tarif ausbezahlt oder gutgeschrieben, so wird sie für die versicherten Personen gewährt, die nach diesem Tarif ein volles Kalenderjahr versichert waren und für die aus dieser Zeit zu diesem Tarif keine Leistungen beansprucht wurden. Dabei sind Umstufungen innerhalb anspruchsberechtigter Tarife nicht BRE-schädlich. Bestanden die anspruchsberechtigten Tarife kein volles Kalenderjahr, weil sie im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung erstmals im abgelaufenen Kalenderjahr abgeschlossen wurden, so wird eine anteilige Beitragsrückerstattung gewährt.

b) Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung ist nicht gegeben, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum 31. März des folgenden Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind oder der Vertrag aus anderen Gründen als Tod oder Eintritt der Krankenversicherungspflicht am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht.

c) Die Beitragsrückerstattung kann frühestens einen Monat nach der Veröffentlichung der Jahresrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr, nicht jedoch vor dem 1. Juli verlangt werden.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I MB/KK

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Für die in dem Versicherungsvertrag versicherten Kinder ist von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der niedrigste Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.
- (2) Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.
- (3) Der Tarif (Teil III) kann andere Regelungen vorsehen.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I MB/KK

- (1) 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 diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Die in § 8 b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt.
- (2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen 10 %, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5 %.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I MB/KK

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankentagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherten abgeschlossen werden.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Abweichend von § 9 Abs. 1 Teil I wird auf die Meldung der Krankenhausbehandlung verzichtet. § 4 Abs. 5 Teil I bleibt unberührt.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I MB/KK

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) 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, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I MB/KK

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum

Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) 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 deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) 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 Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

- (1) Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.
- (2) Endet die Versicherungsfähigkeit aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, eine Umwandlung der Versicherung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfangs erweiternde Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu beantragen. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.
- (3) In Abweichung zu § 13 Abs. 8 Satz 2 MB/KK kann der Versicherungsnehmer, der bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. abgeschlossen hat und nach dem 01.01.2009 bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. einen Tarifwechsel in Tarife mit Übertragungswert für die versicherte Person vornimmt, ebenfalls verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31.12.2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.
- (4) Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von § 13 Abs. 8 MB/KK 2009 kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen, auf deren neuen Versicherer überträgt, wenn die versicherte Person in den Basistarif des neuen Versicherers wechselt und die Kündigung des bestehenden Versicherungsverhältnisses in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 zum nächstmöglichen Termin erklärt wird.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I MB/KK

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Abweichend von § 14 Teil I verzichtet der Versicherer generell auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I MB/KK

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I MB/KK

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I MB/KK

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I MB/KK

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche 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.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I MB/KK

(1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I MB/KK

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Teil III Tarife AB und R-AB Krankheitskostentarife für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Beihilfeberechtigte AB

Die Tarife AB mit den Tarifstufen AB 50/45/40/35/30/25/20/20V und R-AB mit den Tarifstufen R-AB 100/50/45/40/35/30/25/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, können die Tarifstufe AB 20 V versichern.

Diese kann nur in Verbindung mit einer weiteren Tarifstufe bestehen, wobei die Erstattungsprozentsätze zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen dürfen. Sie endet mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Ambulante Heilbehandlungen einschl. Hilfsmittel und Transportkosten.

1.2 Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz einschl. Zahn- und Kieferregulierung.

1.3 Bei Aufenthalt in Kurorten Kosten für ambulante Heilbehandlungen in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen.

1.4 Die Aufwendungen gemäß 1.1 bis 1.3 werden in den einzelnen Tarifstufen zu folgenden Prozentsätzen erstattet:

Tarifstufe	Erstattung
AB 50, R-AB 50	50 %
AB 45, R-AB 45	45 %
AB 40, R-AB 40	40 %
AB 35, R-AB 35	35 %
AB 30, R-AB 30	30 %
AB 25, R-AB 25	25 %
AB 20, AB 20V, R-AB 20	20 %

In der Tarifstufe R-AB 100 werden die Aufwendungen gemäß 1.1 und 1.3 zu 100 % und die Aufwendungen gemäß 1.2 zu 100 % bzw. 60 % erstattet (siehe auch Abschnitt D).

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Die Leistungen von Ärzten umfassen insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers

Leistungen des Heilpraktikers werden erstattet im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH 85) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur

Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

2.1.4 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutz-Impfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Enzephalitis.

2.1.5 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen. Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird nur dann geleistet, wenn der Versicherer das vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.6 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.7 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.8 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

2.1.9 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.1.10 Physikalisch-medizinische Leistungen

Das sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Kältetherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, die durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden. Nicht erstattet werden die Kosten für z.B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

Gemäß § 4 (3) Teil I müssen alle Verrichtungen, auch wenn sie durch einen Masseur oder Krankengymnasten ausgeführt werden, von einem Heilbehandler verordnet worden sein.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Podologie.

2.1.11 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Heilbehandler verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Dazu zählen auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badeszusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

2.2 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das sind: Sehhilfen, Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen. Brillengestelle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 130 EUR erstattungsfähig.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art werden im Kalenderjahr einmal, für Arm- und Beinprothesen bei Erwachsenen sowie für Hörgerät, Sprechhilfe und handbetriebenen Krankenfahrstuhl alle vier Jahre zur Verfügung gestellt.

2.3 Wegegebühren und Transportkosten

Wegegebühren des Heilbehandlers und Kosten für medizinisch notwendigen Transport werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

2.4 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Im Rahmen von 1.2 werden die Kosten aller zahnärztlicher Verrichtungen erstattet einschl. Röntgenaufnahmen, Reparaturen von Zahnersatz, Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnlicher Eingriffe sowie Zahn- und Kieferregulierung.

Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind bis zum Regelhöchstsatz (2,3-fachen Gebührensatz) erstattungsfähig.

C Anpassungsvorschriften

Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruches (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruches dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruches bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruches innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-AB

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-AB noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Studienzeit endet oder um mehr als 6 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von 4 Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif AB fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von 2 Monaten nach der Beitragserhöhung (Wegfall der Sonderbedingungen) durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu 2 Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-AB 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu 2 Monaten, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Nummer 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von max. 12 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-AB weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die Erstattung jedoch auf 60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages begrenzt.

Die Umstufung muss innerhalb von 4 Wochen beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung, und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Teil III Tarife BA0, R-BA0-A und R-BA0-S

Krankheitskostentarife für ambulante und zahnärztliche Behandlung für Beihilfeberechtigte

BA0

Die Tarife BA0 mit den Tarifstufen BA0 95/90/85/80/75/70/65/60/55/50/45/40/35/30/25/20/20V, R-BA0-A mit den Tarifstufen R-BA0-A 100/50/45/40/35/30/25/20 und R-BA0-S mit den Tarifstufen R-BA0-S 100/50/45/40/35/30/25/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Die versicherte Person kann nur nach den Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, können die Tarifstufe BA0 20V versichern.

Die Tarifstufe BA0 20V kann nur in Verbindung mit einer weiteren BA0-Tarifstufe bestehen, wobei die Prozentsätze der Tarifstufen nach B 1.4 zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen dürfen. Sie endet mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Ambulante Heilbehandlungen einschließlich Hilfsmittel und Transportkosten

1.2 Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Zahnprophylaxe

1.3 Kosten für Zahnersatz sowie kieferorthopädische Maßnahmen

1.4 Die Aufwendungen gemäß 1.1 bis 1.3 (Leistungsumfang) und 2.1 bis 2.4 (Erläuterungen zum Leistungsumfang) werden in den einzelnen Tarifstufen wie folgt erstattet:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsätze
R-BA0-A 100, R-BA0-S 100	100 %
BA0 95	95 %
BA0 90	90 %
BA0 85	85 %
BA0 80	80 %
BA0 75	75 %
BA0 70	70 %
BA0 65	65 %
BA0 60	60 %
BA0 55	55 %
BA0 50, R-BA0-A 50, R-BA0-S 50	50 %
BA0 45, R-BA0-A 45, R-BA0-S 45	45 %
BA0 40, R-BA0-A 40, R-BA0-S 40	40 %
BA0 35, R-BA0-A 35, R-BA0-S 35	35 %
BA0 30, R-BA0-A 30, R-BA0-S 30	30 %
BA0 25, R-BA0-A 25, R-BA0-S 25	25 %
BA0 20, BA0 20V, R-BA0-A 20, R-BA0-S 20	20 %

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulante durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers

Erstattungsfähig sind medizinisch notwendige Leistungen von Heilpraktikern für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die ange-

wendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Erstattet werden die Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH85). Liegen dabei die berechneten Gebühren des Heilpraktikers über den Gebühren, die ein Arzt für eine vergleichbare Leistung in der Regel berechnen darf, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage der Regelhöchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattet werden von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen, sofern sie vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden. Die erstattungsfähigen Kosten werden für 30 Sitzungen im Kalenderjahr zu 100 %, weitere Sitzungen im Kalenderjahr zu 50 % bei der Berechnung der tariflichen Erstattung berücksichtigt.

2.1.4 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Enzephalitis.

2.1.5 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen.

Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird nur dann geleistet, wenn der Versicherer das vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.6 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.7 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahme und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.8 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

2.1.9 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.1.10 Physikalisch-medizinische Leistungen

Das sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Kältetherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, die durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z. B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

Gemäß § 4 (3) Teil I müssen alle Verrichtungen, auch wenn sie durch einen Masseur oder Krankengymnasten ausgeführt werden, von einem Heilbehandler verordnet worden sein.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Podologie.

2.1.11 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Heilbehandler verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Dazu zählen auch homöopathische und antroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

2.2 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das sind: Sehhilfen, Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR.

Aufwendungen für Hörgeräte sind maximal bis 1.000 EUR je Ohr, Aufwendungen für Krankenfahrstühle bis 1.500 EUR, Aufwendungen für maßgefertigte orthopädische Schuhe pro Paar bis 1.000 EUR erstattungsfähig.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Sehhilfen werden bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien ohne zeitliche Begrenzung erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

2.3 Wegegebühren und Transportkosten

Wegegebühren des Heilbehandlers und Kosten für medizinisch notwendigen Unfall- und Notfalltransport werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

2.4 Zahnärztliche Behandlung

2.4.1 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 100 % der Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe sowie Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der GOZ.

2.4.2 Zahnersatz sowie kieferorthopädische Maßnahmen

2.4.2.1 Leistung in den ersten beiden Kalenderjahren
Erstattungsfähig sind im Rahmen der GOZ 60 % der Kosten für kieferorthopädische Behandlungen und 60 % der Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen, einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Wird bei Antragstellung oder unmittelbar nach Vertragsschluss ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, so beträgt der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen 100 %, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

Der zahnärztliche Befundbericht hat durch einen vom Versicherer zu bestimmenden Zahnarzt zu erfolgen. Die Kosten trägt der Antragsteller.

2.4.2.2 Leistungen ab dem 3. Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz erhöht sich jeweils zum 1.1. des Kalenderjahres um 20 Prozentpunkte auf maximal 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen und Zahnersatz sinkt jeweils zum 1.1. des Kalenderjahres um 20 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 60 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde.

(Beispiel zur Berechnung des Erstattungsbetrages siehe Abschnitt E)

2.4.2.3 Abweichend von Abschnitt 2.4.2.1 und 2.4.2.2 sind die Kosten für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlungen zu 100 % erstattungsfähig, wenn diese nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.4.3 Die Erstattung von Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erfolgt ausschließlich nach dem jeweils gültigen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL).

2.4.4 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen der GOZ, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.4.5 Sofern dem Versicherer vor Beginn der Behandlung kein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorgelegt wurde, halbiert sich die Erstattung nach B 1.4 bei Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung für den 2.750 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruches (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruches dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruches bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruches innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewährleisten.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach den Tarifen R-BA0-A und R-BA0-S

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind nach Tarif R-BA0-A beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten, und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie nach Tarif R-BA0-S Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif BA0 fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Änderung beenden.

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-BA0-A 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monaten, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Nr. 2 der Tarif für die Dauer von max. zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-BA0-A 100 bzw. R-BA0-S 100 weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz gemäß B 1.4 erhöht sich dann auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung, und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Besonderheiten zum Leistungsumfang

5.1 Abweichend von Abschnitt B 2.4.2 sind nur die Kosten für Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlungen erstattungsfähig, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Die Kosten für Einlagefüllungen werden im Rahmen von Abschnitt B 2.4.1 erstattet.

5.2 Wird der Vertrag ohne Sonderbedingungen nach den Beihilfetarifen BA0 fortgeführt, so beträgt der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen nach B 2.4.2 im Kalenderjahr der Umstellung und im folgenden Kalenderjahr 100 %. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen sinkt oder erhöht sich in den danach folgenden Kalenderjahren entsprechend der Regelungen unter 2.4.2.2, wobei die erste Kontrolluntersuchung in dem der Umstellung folgendem Kalenderjahr durchzuführen ist.

6 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Anmerkungen

Die Berechnung des Erstattungsbetrages für Zahnleistungen gemäß Punkt 2.4.2.2 soll durch folgendes Beispiel verdeutlicht werden:

Rechnungsbetrag 1.000 EUR davon sind 80 % erstattungsfähig
= 800 EUR

Der Erstattungsprozentsatz gemäß 1.4 beträgt z.B. 50 % (Tarif BA0 50).

Hieraus ergibt sich ein Erstattungsbetrag von 400 EUR (50 % von 800 EUR).

Teil III Tarife BO und R-BO

Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für Beihilfeberechtigte

BO

Die Tarife BO mit den Tarifstufen BO 50/30/20V und R-BO mit den Tarifstufen R-BO 100/50/30/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahmefähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Aufnahmefähig sind mit ihren Familienangehörigen alle aktiven und pensionierten Beamten, Richter, Soldaten, Angestellten und Arbeiter des Bundes, der Länder, der Gemeinden, der kommunalen Verbände und Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie sonstige Personen, die in einem vergleichbaren Dienstverhältnis stehen, sofern sie ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern einschl. Berlin-Ost (Beitrittsgebiet) haben.

1.2 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.3 Der Tarifstufe BO 20V endet mit dem Erhalt von Versorgungsbezügen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Ambulante Heilbehandlungen einschl. Hilfsmittel und Fahrtkosten

1.2 Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz einschl. Zahn- und Kieferregulierung

1.3 Stationäre Heilbehandlung einschl. Transportkosten

1.4 Die Aufwendungen gemäß 1.1 bis 1.3 werden in den einzelnen Tarifstufen zu folgenden Prozentsätzen erstattet:

Tarifstufe	Erstattung
BO 50, R-BO 50	50 %
BO 30, R-BO 30	30 %
BO 20V, R-BO 20	20 %

In der Tarifstufe R-BO 100 werden die Aufwendungen gemäß 1.1 und 1.3 zu 100 %, und die Aufwendungen gemäß 1.2 zu 100 % bzw. 60 % erstattet (siehe auch Abschnitt D).

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulante durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers

Die Aufwendungen der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

2.1.4 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach- Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutz-Impfungen, Impfungen

gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Enzephalitis.

2.1.5 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen.

Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird nur dann geleistet, wenn der Versicherer das vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.6 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.7 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.8 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

2.1.9 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.1.10 Physikalisch-medizinische Leistungen

Das sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Kältetherapie, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, die durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z. B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

Gemäß § 4 (3) Teil I müssen alle Vorrichtungen, auch wenn sie durch einen Masseur oder Krankengymnasten ausgeführt werden, von einem Heilbehandler verordnet worden sein.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für Podologie.

2.1.11 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Arzt verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Dazu zählen auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

2.2 Hilfsmittel, Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel und Sehhilfen.

Hilfsmittel sind technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Das sind: Bandagen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipslieggeschalen, Hörgeräte, Korrekturschienen, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf). Soweit für ein Hilfsmittel mehr als 330 EUR aufgewandt werden, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren erstattet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit. Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) sowie alternativ medizinisch notwendige Kontaktlinsen. Für Brillengestelle wird ein Betrag bis zu 11 EUR erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattungen von Aufwendungen für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben alle drei Kalenderjahre oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2.3 Krankentransport/Fahrtkosten

Erstattet werden die 11 EUR je Fahrt übersteigenden Aufwendungen für Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit sowie für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, auch aus dem Ausland (Auslandsrücktransport).

Erstattet werden außerdem die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise, höchstens jedoch 11.000 EUR.

2.4 Zahnärztliche Behandlung

2.4.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe. Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 der GOZ werden bis zum Regelhöchstsatz (2,3-facher Gebührensatz) erstattet.

2.4.2 Erstattungsfähig sind im Rahmen der GOZ die Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Kronen und Einlagefüllungen jeder Art) einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie, Gnathologie, Zahn- und Kieferregulierung. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

2.4.3 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.4.4 Im Rahmen von 2.4 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag in den ersten 12 Monaten höchstens 500 EUR und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.000 EUR. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten 24 Monate entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wird bei Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, entfallen die Begrenzungen in den ersten 24 Monaten, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

2.5 Stationäre Behandlung

2.5.1 Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

2.5.2 Erstattet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegeverordnung (BpflV) sowie gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

2.5.3 Nicht erstattet werden die Kosten für Wahlleistungen im Sinne der BpflV sowie die Kosten einer teilstationären Dialysebehandlung.

C Anpassungsvorschriften

Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruches (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruches dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruches bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruches innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewährleisten.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-BO

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-BO noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von 4 Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif BO fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung (Wegfall der Sonderbedingungen) durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-BO 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monaten, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Nummer 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von max. 12 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-BO 100 weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Für Zahnersatz und Kieferorthopädie ist die Erstattung jedoch auf 60 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages begrenzt.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung, und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

Tarife EXKLUSIV 0, 1, 2 Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung **EXKLUSIV** Produktlinie privat

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 100 % Arznei- und Verbandsmittelerstattung
- 100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/ Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (sonst 80 % für Hilfsmittel über 500 EUR)
- 100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 80 %)
- 80 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr besteht keine Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Ambulante Heilbehandlung
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Schutzimpfungen
 - 1.3 Vorsorgeuntersuchungen
 - 1.4 Arznei- und Verbandsmittel
 - 1.5 Hilfsmittel
 - 1.6 Sehhilfen
 - 1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
 - 1.8 Ambulante Transportkosten
 - 1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
 - 1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
 - 1.11 Ambulante Operationen
 - 1.12 Häusliche Behandlungspflege
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnprophylaxe
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
 - 2.6 Material- und Laborkosten
 - 2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
 - 2.8 Heil- und Kostenplan
- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Wahlleistungen
 - 3.3 Krankenhaustagegeld
 - 3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
 - 3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus
 - 3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Alterungsrückstellung
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Information über die Ausübung der Option
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

E Anpassungsvorschriften

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 3 Fortführung der Versicherung
- 4 Beitragsberechnung
- 5 Tarifbezeichnung

G Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV 0, EXKLUSIV 1 und EXKLUSIV 2 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direktem Zusammenhang mit einer ärztlichen Leistung erbracht werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen (z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen) auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie z.B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn Sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung). Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art, die bis einschließlich 500 Euro kosten, werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.

Hilfsmittel gleicher Art, welche über 500 Euro kosten, werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Die Erstattung beträgt grundsätzlich 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:

- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder
- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

1.6 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 300 EUR.

Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:

Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden.

Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel und Therapien in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

Nicht erstattet werden die Kosten z. B. für Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.8 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Unfall- und Notfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH 85 für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Kosten für Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 80 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

1.11 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationärsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus B 1.1 eine Vergütung von 200 EUR je Operation bzw. Eingriff aus.

1.12 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.7 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze unter Ziffer 2.7: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 75 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 75 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Erstattungssatz von mehr als 90 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätte.

2.6 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 gelten folgende Höchstleistungen:

im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
in den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
in den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
in den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR
ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.	

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.8 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistungen) im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte (nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln) im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z.B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8 fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

3.3 Krankenhaustagegeld

Die SIGNAL Krankenversicherung zahlt

- ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei

gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt, ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres erhalten die Hälfte der vorstehend genannten Krankenhaustagegelder.

3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL Krankenversicherung a. G. versichert ist.

3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Für die stationäre Mitaufnahme (Rooming in) einer Begleitperson oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft werden für max. vier Wochen pro Kalenderjahr 10 Euro pro Stunde (max. 80 Euro pro Tag) unter folgenden Voraussetzungen erstattet:

- die haushaltsführende Person muss sich einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme unterziehen und es besteht keine ambulante Alternative und
- die haushaltsführende Person hat Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV und
- die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person ist nicht gesichert und es besteht ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben oder es besteht Pflegebedürftigkeit i. S. d. Pflegeversicherung und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Die o. g. Kriterien werden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bzw. bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI oder einer 100-prozentigen Schwerbehinderung der verbleibenden Person regelmäßig unterstellt.

4 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt

0 EUR im Tarif EXKLUSIV 0

480 EUR im Tarif EXKLUSIV 1

960 EUR im Tarif EXKLUSIV 2

abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

Der Selbstbehalt gilt für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Jahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß B 1.2.

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet. Die entstandenen Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach einem der EXKLUSIV-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-Tarifen in noch leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören.

2 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 der AVB Teil I verlangen.

D Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Wird die nach einem der EXKLUSIV-Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des § 15 Abs. 1 SGB XI und liegt kein Ruhen des Versicherungsschutzes im Sinne des § 193 Abs. 6 VVG vor, so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-Tarifen ab dem vierten Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sobald und solange für die versicherte Person die ärztliche Einstufung in die, der geltenden Regelung des SGB XI entsprechenden, Pflegestufe für Schwerpflegebedürftige (Stand April 2009: ab Pflegestufe 3) erfolgt.

Pflegebedürftig nach der höchsten Pflegestufe im Sinne des SGB XI ist derjenige, der bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

E Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (R-EXKLUSIV).

G Sonstige Bestimmungen

Neben den EXKLUSIV-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH 85: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
KhEntG: Krankenhausentgeltgesetz
SGB IV: Sozialgesetzbuch - Viertes Buch -
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch -
Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch -
Gesetzliche Pflegeversicherung
BPfIV: Bundespflegesatzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife EXKLUSIV

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A

Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Ambulante Operationen (B 1.11)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B

Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

C/D

Chefarztbehandlung (s. wahlärztliche Leistung)

E

Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Ergotherapie (B 1.7)

F

Fahrtkosten (B 3.4)

G

Gnathologie (B 2.4.1)

H

Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J

Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (s. Einlagefüllungen)

K

Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankenhaustagegeld (B 3.3)

Krankentransportkosten (B 3.4)

L

Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N

Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Material- und Laborkosten (B 2.6)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

O

Optionsrecht (C)

P/Q

Psychotherapie (B 1.9)
Pflegebedürftigkeit (D)

R

Regelleistungen (B 3.1)

S

Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Selbstbehalt (B 4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)

T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U

Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V

Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y

Wahlleistungen (B 3.2)
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wartezeiten (A)

Z

Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

Tarife EXKLUSIV-PLUS 0, 1, 2 Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

EXKLUSIV-PLUS

Produktlinie privat

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 100 % Arznei- und Verbandsmittelerstattung
- 100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (sonst 80 % für Hilfsmittel über 500 EUR)
- 100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 80 %)
- 100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr besteht keine Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Ambulante Heilbehandlung
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Schutzimpfungen
 - 1.3 Vorsorgeuntersuchungen
 - 1.4 Arznei- und Verbandsmittel
 - 1.5 Hilfsmittel
 - 1.6 Sehhilfen
 - 1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
 - 1.8 Ambulante Transportkosten
 - 1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
 - 1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
 - 1.11 Ambulante Operationen
 - 1.12 Häusliche Behandlungspflege
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnprophylaxe
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Material- und Laborkosten
 - 2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
 - 2.7 Heil- und Kostenplan
- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Wahlleistungen
 - 3.3 Krankenhaustagegeld
 - 3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
 - 3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus
 - 3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

C Gesundheits- und Verhaltensbonus

- 1 Gesundheitsbonus
 - 1.1 Voraussetzung für den Gesundheitsbonus
 - 1.2 Höhe des Gesundheitsbonus
- 2 Verhaltensbonus
 - 2.1 Voraussetzung für den Verhaltensbonus
 - 2.2 Höhe des Verhaltensbonus

D Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Alterungsrückstellung
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Information über die Ausübung der Option
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

E Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

F Anpassungsvorschriften

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 3 Fortführung der Versicherung
- 4 Beitragsberechnung
- 5 Tarifbezeichnung

H Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-PLUS 0, EXKLUSIV-PLUS 1 und EXKLUSIV-PLUS 2 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten nach der geltenden GOÄ, wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten.

Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direktem Zusammenhang mit einer ärztlichen Leistung erbracht werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen (z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen) auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie z.B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn Sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung).

Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art, die bis einschließlich 500 EUR kosten, werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.

Hilfsmittel gleicher Art, welche über 500 EUR kosten, werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Die Erstattung beträgt grundsätzlich 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:

- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder
- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

1.6 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 300 EUR.

Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:

Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel und Therapien in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

Nicht erstattet werden die Kosten z. B. für Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.8 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Unfall- und Notfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH 85 für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Kosten für Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

1.11 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationärsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus B 1.1 eine Vergütung von 200 EUR je Operation bzw. Eingriff aus.

1.12 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit feststehenden oder losen Apparaturen erstattet.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze unter Ziffer 2.6: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen

von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 75 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 75 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Erstattungssatz von mehr als 90 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.5 gelten folgende Höchstleistungen:

im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
in den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
in den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
in den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR
ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.	

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.7 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistungen) im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte (nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln) im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z.B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8 fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

3.3 Krankenhaustagegeld

Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zahlt

- ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
- ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres erhalten die Hälfte der vorstehend genannten Krankenhaustagegelder.

3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL Krankenversicherung a. G. versichert ist.

3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Für die stationäre Mitaufnahme (Rooming in) einer Begleitperson oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft werden für max. vier Wochen pro Kalenderjahr 10 Euro pro Stunde (max. 80 Euro pro Tag) unter folgenden Voraussetzungen erstattet:

- die haushaltsführende Person muss sich einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme unterziehen und es besteht keine ambulante Alternative und
- die haushaltsführende Person hat Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV-PLUS und
- die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person ist nicht gesichert und es besteht ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben oder es besteht Pflegebedürftigkeit i. S. d. Pflegeversicherung und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Die o. g. Kriterien werden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bzw. bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI oder einer 100-prozentigen Schwerbehinderung der verbleibenden Person regelmäßig unterstellt.

4 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt

0 EUR im Tarif EXKLUSIV-PLUS 0

480 EUR im Tarif EXKLUSIV-PLUS 1

960 EUR im Tarif EXKLUSIV-PLUS 2

abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

Der Selbstbehalt gilt für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Jahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß B 1.2 sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (C2).

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet. Die entstandenen Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

C Gesundheits- und Verhaltensbonus

1 Gesundheitsbonus

1.1 Voraussetzung für den Gesundheitsbonus

Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausbezahlt.

Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).

Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Juli des Folgejahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus, wenn die Leistungen der Versicherung im abgelaufenen Kalenderjahr ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a) Teil II SIGNAL Tarifbedingungen.

1.2 Höhe des Gesundheitsbonus

Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 600 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (vgl. Abschnitt G) versichert haben, halbiert sich der Gesundheitsbonus.

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

Keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus hat die Erstattung der Kosten der zur Erlangung des Verhaltensbonus erforderlichen Untersuchungen sowie der Verhaltensbonus selbst gemäß C 2, die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, Schutzimpfungen gemäß B 1.2 und der Zahnvorsorge.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.

2 Verhaltensbonus

Der Verhaltensbonus ist eine auf Antrag einmal im Jahr erfolgende Summenauszahlung, mit der die SIGNAL Krankenversicherung a. G. gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person im abgelaufenen Kalenderjahr honoriert, sofern in diesem Zusammenhang jährlich vier der unter C 2.1 genannten fünf Untersuchungen durchgeführt werden, die Ergebniswerte (BMI, Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin) im Normbereich liegen und der schriftliche Nachweis durch entsprechende Bestätigung/ Bescheinigung der die Untersuchung durchführenden Stelle erfolgt.

2.1 Voraussetzung für den Verhaltensbonus

Die jährliche Auszahlung des Verhaltensbonus für das abgelaufene Kalenderjahr kann durch die versicherte Person ab dem Folgejahr beantragt werden. Ein entsprechendes Antragsformular wird durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt.

Ein Anspruch auf den Verhaltensbonus besteht:

- wenn dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Verhaltensbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird) und
- wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr spätestens bis zum Zeitpunkt der Beantragung der Auszahlung des Verhaltensbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
- wenn die Leistungen der Versicherung im abgelaufenen Kalenderjahr nicht ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) oder keine Hilfebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne des

Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit gemäß Abschnitt E vorlag.

Die Auszahlung des Verhaltensbonus setzt voraus, dass für das abgelaufene Kalenderjahr vier der folgenden fünf Untersuchungen durch die versicherte Person ab Vollendung des 18. Lebensjahres nachgewiesen werden und die Ergebnisse (BMI, Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin) im medizinisch altersentsprechenden Normbereich (Werte können dem den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beiliegenden Informationsblatt "Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)EXKLUSIV-PLUS" entnommen werden) liegen:

- BMI (Body-Mass-Index)
- Blutdruckwerte
- Blutzuckerwerte (Nüchternblutzucker)
- Cholesterinwerte (Gesamtcholesterin)
- Zahnvorsorgeuntersuchung

Die Werte des BMI, Blutdruck- und Blutzucker sowie die Cholesterinwerte sollten durch Untersuchung eines Apothekers/in nachgewiesen werden.

Der Nachweis der Zahnvorsorge erfolgt durch die Bescheinigung der Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung.

Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres setzt die Auszahlung des Verhaltensbonus voraus, dass nach Vertragsabschluss altersgemäß die Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (U1 bis U9 bis 64. Lebensmonat) durchgeführt werden. Danach muss jährlich ein normgerechter BMI sowie die Zahnvorsorge und die altersentsprechende Durchführung der Vorsorgeuntersuchung J1 nach gesetzlich eingeführtem Programm nachgewiesen werden. Der BMI für Kinder muss durch einen Arzt in Abhängigkeit von Größe, Alter, Gewicht und Geschlecht bestimmt werden.

Die durch die Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus entstehenden Kosten haben keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus.

Die Auszahlung des Verhaltensbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a) Teil II SIGNAL Tarifbedingungen und die Auszahlung des Gesundheitsbonus gemäß C 1.

2.2 Höhe des Verhaltensbonus

Der Verhaltensbonus beträgt für ein Kalenderjahr, in dem die genannten Untersuchungen durchgeführt und normgerechte Ergebnisse nachgewiesen werden, 200 EUR, für das zweite Kalenderjahr in Folge 250 EUR und für das dritte Kalenderjahr in Folge 300 EUR.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (vgl. Abschnitt G) versichert haben, halbiert sich der Verhaltensbonus.

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Verhaltensbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

D Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach einem der EXKLUSIV-PLUS-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen in noch leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören.

2 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 der AVB Teil I verlangen.

E Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Wird die nach einem der EXKLUSIV-PLUS-Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des § 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und liegt kein Ruhen des Versicherungsschutzes im Sinne des § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) vor, so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen ab dem vierten Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sobald und solange für die versicherte Person die ärztliche Einstufung in die, der geltenden Regelung des SGB XI entsprechenden, Pflegestufe für Schwerstpflegebedürftige (Stand April 2009: ab Pflegestufe 3) erfolgt.

Pflegebedürftig nach der genannten Pflegestufe im Sinne des SGB XI ist derjenige, der bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

F Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterswerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-EXKLUSIV-PLUS 0).

H Sonstige Bestimmungen

Neben den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebÜH 85: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
KhEntG: Krankenhausentgeltgesetz
SGB IV: Sozialgesetzbuch - Viertes Buch -
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch -
Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch -
Gesetzliche Pflegeversicherung
BPfIV: Bundespflegesatzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife EXKLUSIV-PLUS

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A

Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Ambulante Operationen (B 1.11)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B

Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

C/D

Chefarztbehandlung (s. wahlärztliche Leistung)

E

Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Ergotherapie (B 1.7)

F

Fahrtkosten (B 3.4)

G

Gnathologie (B 2.4.1)
Gesundheitsbonus (C 1)

H

Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J

Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (s. Einlagefüllungen)

K

Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankenhaustagegeld (B 3.3)
Krankentransportkosten (B 3.4)

L

Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N

Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Material- und Laborkosten (B 2.5)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

O

Optionsrecht (D)

P/Q

Psychotherapie (B 1.9)
Pflegebedürftigkeit (E)

R

Regelleistungen (B 3.1)

S

Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Selbstbehalt (B 4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)

T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U

Umwandlung des Versicherungsschutzes (D 6)

V

Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)
Verhaltensbonus (C 2)

W/X/Y

Wahlleistungen (B 3.2)
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wartezeiten (A)

Z

Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

Tarife KOMFORT1, 2, 3 Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

KOMFORT
Produktlinie privat

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
- 100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
- 100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/ Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (sonst 75 % für Hilfsmittel über 500 EUR)
- 100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 %)
- 75 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 5.000 EUR jährlich

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Ambulante Heilbehandlung
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Schutzimpfungen
 - 1.3 Vorsorgeuntersuchungen
 - 1.4 Arznei- und Verbandmittel
 - 1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4
 - 1.6 Hilfsmittel
 - 1.7 Sehhilfen
 - 1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
 - 1.9 Ambulante Transportkosten
 - 1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
 - 1.11 Behandlung durch Heilpraktiker
 - 1.12 Häusliche Behandlungspflege
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnprophylaxe
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
 - 2.6 Material- und Laborkosten
 - 2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
 - 2.8 Heil- und Kostenplan
- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Wahlleistungen

- 3.3 Krankenhaustagegeld
- 3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
- 3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus
- 3.6 Ambulante Operationen

4 Selbstbehalt

- 5 Sonstige Leistungen
 - 5.1 Krankentransport aus dem Ausland
 - 5.2 Überführung/ Bestattung im Ausland

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Alterungsrückstellung
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Information über die Ausübung der Option
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 3 Fortführung der Versicherung
- 4 Beitragsberechnung
- 5 Tarifbezeichnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT1, KOMFORT2 und KOMFORT3 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direktem Zusammenhang mit einer ärztlichen Leistung erbracht werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie sie z. B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt sind.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badesubstanzen, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn Sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4

Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:
 - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
 - Facharzt für Kinderheilkunde

- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten werden als solche anerkannt, wenn ersichtlich ist, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.
- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Erstattung 75 % beträgt.

Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird.
- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (dies gilt nicht für die Notfall- oder Unfallbehandlung - hier werden immer 100 % erstattet).

Was sind Generika?

Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen, in der Wirksamkeit und Sicherheit entsprechen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, kann Ihnen Ihr Apotheker sagen.

1.6 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung). Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:

- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder
- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

1.7 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR.

Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:

Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

Nicht erstattet werden die Kosten z. B. für Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.9 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.11 Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH 85 für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

1.12 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.500, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3 (70 - 90 %) = 875 - 1125 EUR).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01 des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätte.

2.6 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 gelten folgende Höchstleistungen:

im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
in den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
in den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
in den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR
ab dem fünften Versicherungsjahr	5.000 EUR pro Versicherungsjahr.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.8 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistungen) im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte (nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln) im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich ärztliche Leistungen der 1,8 fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

3.3 Krankenhaustagegeld

Die SIGNAL Krankenversicherung zahlt

- ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
- ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zweibettzimmer verzichtet.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres erhalten die Hälfte der vorstehend genannten Krankenhaustagegelder.

3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif KOMFORT, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL Krankenversicherung a. G. versichert ist.

3.6 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationärsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus B 1 eine Vergütung von 200 EUR aus.

4 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt

480 EUR im Tarif KOMFORT1

960 EUR im Tarif KOMFORT2

2.400 EUR im Tarif KOMFORT3

abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

Die Selbstbehalte gemäß Abschnitt 1.5 und 4 gelten für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Jahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der Card für Privatversicherte, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet. Die entstandenen Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach einem der KOMFORT-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den KOMFORT-Tarifen in noch leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören.

2 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angeordnet.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 der AVB Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung

a. G. überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch (SGB IV) überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterswerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-KOMFORT1).

F Sonstige Bestimmungen

Neben den KOMFORT-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
Gebüh 85: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
KhEntG: Krankenhausentgeltgesetz
SGB IV: Sozialgesetzbuch - Viertes Buch -
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch -
Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch -
Gesetzliche Pflegeversicherung
BPFIV: Bundespflegegesetzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarif KOMFORT

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A

Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Ambulante Operationen (B 3.6)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B

Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

C/D

Chefarztbehandlung (s. wahlärztliche Leistung)

E

Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Ergotherapie (B 1.8)

F

Fahrtkosten (B 3.4)

G

Generika (B 1.5)
Gnathologie (B 2.4.1)

H

Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.11)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Höchstsätze GOÄ (A 1.1)
Hydrotherapie (B 1.8)

I

Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
Inhalationen (B 1.8)
Inlays (s. Einlagefüllungen)

J

K

Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankenhaustagegeld (B 3.3)

Krankentransportkosten (B 3.4)

L

Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

M/N

Massage (B 1.8)
Massagegeräte (B 1.8)
Material- und Laborkosten (B 2.6)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

O

Optionsrecht (C)

P

Psychotherapie (B 1.10)

Q

R

Regelleistungen (B 3.1)

S

Schwangerschaftsgymnastik (B 1.8)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Sehhilfen (B 1.7)
Sehstärke (B 1.7)
Selbstbehalt (B 4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)

T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U

Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)
Unfall (B 3.2)

V

Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W

Wahlleistungen (B 3.2)
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wartezeiten (A)

X/Y

Z

Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

Tarife KOMFORT-PLUS^{1, 2, 3} Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

KOMFORT-PLUS
Produktlinie privat

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
- 100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (80 % bei Originalpräparaten)
- 100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/ Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (sonst 80 % für Hilfsmittel über 500 EUR)
- 100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 80 %)
- 80 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr besteht keine Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; bei Unfall Einbettzimmer zu 100 %

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Ambulante Heilbehandlung
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Schutzimpfungen
 - 1.3 Vorsorgeuntersuchungen
 - 1.4 Arznei- und Verbandmittel
 - 1.5 Hilfsmittel
 - 1.6 Sehhilfen
 - 1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
 - 1.8 Ambulante Transportkosten
 - 1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
 - 1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
 - 1.11 Häusliche Behandlungspflege
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnprophylaxe
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
 - 2.6 Material- und Laborkosten
 - 2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
 - 2.8 Heil- und Kostenplan
- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Wahlleistungen
 - 3.3 Krankenhaustagegeld
 - 3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

- 3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus
- 3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
- 3.7 Ambulante Operationen
- 4 Selbstbehalt
- 5 Sonstige Leistungen
 - 5.1 Krankentransport aus dem Ausland
 - 5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

C Gesundheitsbonus

- 1 Voraussetzung
- 2 Höhe

D Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Alterungsrückstellung
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Information über die Ausübung der Option
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

E Anpassungsvorschriften

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 3 Fortführung der Versicherung
- 4 Beitragsberechnung
- 5 Tarifbezeichnung

G Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-PLUS1, KOMFORT-PLUS2 und KOMFORT-PLUS3 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direktem Zusammenhang mit einer ärztlichen Leistung erbracht werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z.B. Grippeimpfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn Sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

Die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt,

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird.

- 80 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (dies gilt nicht für die Notfall- oder Unfallbehandlung - hier werden immer 100 % erstattet).

Was sind Generika?

Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen, in der Wirksamkeit und Sicherheit entsprechen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, kann Ihnen Ihr Apotheker sagen.

1.5 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung). Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:

- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder
- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

1.6 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR.

Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:

Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

Nicht erstattet werden die Kosten z. B. für Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.8 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Unfall- und Notfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt

sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH 85 für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Kosten für Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 80 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

1.11 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/-vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3: $(70 - 90 \%) = 875 - 1125 \text{ EUR}$).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01 des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätte.

2.6 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 gelten folgende Höchstleistungen:

im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
in den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
in den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
in den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR
ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.	

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.8 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistungen) im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte (nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln) im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8 fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung eine Selbstbeteiligung von 40 EUR abgezogen.

Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt

auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

3.3 Krankenhaustagegeld

Die SIGNAL Krankenversicherung zahlt

- ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
- ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres erhalten die Hälfte der vorstehend genannten Krankenhaustagegelder.

3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif KOMFORT-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL Krankenversicherung a. G. versichert ist.

3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Für die stationäre Mitaufnahme (Rooming in) einer Begleitperson oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft werden für max. vier Wochen pro Kalenderjahr 10 Euro pro Stunde (max. 80 Euro pro Tag) unter folgenden Voraussetzungen erstattet:

- die haushaltsführende Person muss sich einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme unterziehen und es besteht keine ambulante Alternative und
- die haushaltsführende Person hat Versicherungsschutz nach Tarif Komfort-PLUS und
- die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person ist nicht gesichert und es besteht ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben oder es besteht Pflegebedürftigkeit i. S. d. Pflegeversicherung und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Die o. g. Kriterien werden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bzw. bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI oder einer 100-prozentigen Schwerbehinderung der verbleibenden Person regelmäßig unterstellt.

Ansonsten erfolgt eine Prüfung durch den Gesellschaftsarzt.

3.7 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationärsetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus B 1 eine Vergütung von 200 EUR aus.

4 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt

480 EUR im Tarif KOMFORT-PLUS1
960 EUR im Tarif KOMFORT-PLUS2
2.400 EUR im Tarif KOMFORT-PLUS3

abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

Der Selbstbehalt gilt für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Jahr der Selbstbe-

halt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß B 1.2.

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der Card für Privatversicherte, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet. Die entstandenen Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

C Gesundheitsbonus

1 Voraussetzung

Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt.

Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (vgl. Abschnitt F) versichert haben, halbiert sich der Gesundheitsbonus.

2 Höhe

Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 600 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Juli des Folgejahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind.

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

Keinen Einfluss auf die Zahlung der Bonusleistung hat die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Zahnvorsorge und Schutzimpfungen.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.

D Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach einem der

KOMFORT-PLUS-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den KOMFORT-PLUS-Tarifen in noch leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören.

2 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 der AVB Teil I verlangen.

E Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Beitrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Bei-

tragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alters wird nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-KOMFORT-PLUS 1).

G Sonstige Bestimmungen

Neben den KOMFORT-PLUS-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
GebüH 85: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
KhEntG: Krankenhausentgeltgesetz
SGB IV: Sozialgesetzbuch - Viertes Buch -
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch -
Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch -
Gesetzliche Pflegeversicherung
BPfIV: Bundespflegesatzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife KOMFORT-PLUS

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A

Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Ambulante Operationen (B 3.7)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B

Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

C/D

Chefarztbehandlung (s. wahlärztliche Leistung)

E

Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Ergotherapie (B 1.7)

F

Fahrtkosten (B 3.4)

G

Generika (B 1.4)
Gesundheitsbonus (C)
Gnathologie (B 2.4.1)

H

Häusliche Behandlungspflege (B 1.11)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Hydrotherapie (B 1.7)

I

Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (s. Einlagefüllungen)

J

K

Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankenhaustagegeld (B 3.3)

Krankentransportkosten (B 3.4)

L

Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N

Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Material- und Laborkosten (B 2.6)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

O

Optionsrecht (D)

P

Psychotherapie (B 1.9)

Q

R

Regelleistungen (B 3.1)

S

Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Selbstbehalt (B 4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)

T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U

Umwandlung des Versicherungsschutzes (D 6)
Unfall (B 3.2)

V

Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W

Wahlleistungen (B 3.2)
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wartezeiten (A)

X/Y

Z

Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

Teil III Tarif START Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

START

Produktlinie privat

Der Tarif START gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Erstattet werden im Rahmen der ambulanten Behandlung:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulante durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung und Leistung des Entbindungspfleger. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Encephalitis.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Sozialgesetzbuch (SGB) V) genannt sind.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebrauchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführungsmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4

Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

-100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten werden als solche anerkannt, wenn ersichtlich ist, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.

- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Erstattung 75 % beträgt.

Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,

- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird.

Erläuterung zu Generika

Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

1.6 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Kosten für Sehhilfen, das sind Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen:

Das sind: Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Wird das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer zur Verfügung gestellt oder werden die medizinisch notwendige Versorgung und die Kosten des Hilfsmittels aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags vorab vom Versicherer zugesagt, beträgt die Erstattung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:

Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstbeträgen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden Heilmittel zu 100 % erstattet, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden.

Das sind: Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

Nicht erstattet werden die Kosten für z.B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.9 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

1.11 Psychotherapeutische Behandlungen

Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird nicht geleistet.

1.12 Behandlungen durch Heilpraktiker

Die Kosten der Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden nicht erstattet.

2 Zahnärztliche Behandlung

Erstattet werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung:

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Kosten für Verblendungen sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 55 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde.

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 75 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätte.

2.6 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 gelten folgende Höchstleistungen:

im ersten Versicherungsjahr	500 EUR
in den ersten beiden Versicherungsjahren	1.000 EUR
in den ersten drei Versicherungsjahren	2.000 EUR
in den ersten vier Versicherungsjahren	3.000 EUR
ab dem fünften Versicherungsjahr	4.000 EUR pro Versicherungsjahr.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.8 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

3 Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden im Rahmen der stationären Behandlung:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

4 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt 480 EUR abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

Die Selbstbehalte gemäß Abschnitt 1.5 und 4 gelten für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigen sich für das erste Jahr die Selbstbehalte um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet.

Die entstandenen Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START in leistungstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare

Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen.

2 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angeordnet.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine vom Versicherer über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 der AVB Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterswerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (R-START).

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem Tarif START dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Teil III Tarife START-B und R-START-B Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

START-B
Produktlinie **Beihilfe**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
- 100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
- 100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung a. G. (sonst 75 %)
- 100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 % bis 500 EUR pro Kalenderjahr)
- 75 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 500 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.000 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 2.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 3.000 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR jährlich.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten
- 3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Ambulante Heilbehandlung
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Schutzimpfungen
 - 1.3 Vorsorgeuntersuchungen
 - 1.4 Arznei- und Verbandmittel
 - 1.5 Tarifliche Leistung nach 1.1 bis 1.4
 - 1.6 Sehhilfen
 - 1.7 Hilfsmittel
 - 1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
 - 1.9 Ambulante Transportkosten
 - 1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
 - 1.11 Behandlung durch Heilpraktiker
 - 1.12 Häusliche Behandlungspflege
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnbehandlung
 - 2.2 Zahnprophylaxe
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
 - 2.6 Material- und Laborkosten
 - 2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
 - 2.8 Heil- und Kostenplan

- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

- 4 Sonstiges
 - 4.1 Krankentransport aus dem Ausland
 - 4.2 Überführung/Bestattung im Ausland

C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Alterungsrückstellung
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Information über die Ausübung der Option
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

- 1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
- 2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
- 3 Fortführung der Versicherung
- 4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
- 5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife START-B mit den Tarifstufen START-B 50/30/20/20V und R-START-B mit den Tarifstufen R-START-B 100/50/30/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe START-B 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe START-B 20V endet mit Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird. Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe START-B 20V wird über das 65. Lebensjahr hinaus unverändert fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den unter B 1.5 bis 3.2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

Tarifstufe	tariflicher Erstattungsprozentsatz
R-START-B 100	100 %
START-B 50, R-START-B 50	50 %
START-B 30, R-START-B 30	30 %
START-B 20, R-START-B 20	20 %
START-B 20V	20 %

Berechnungsbeispiel:

Versichert: Tarifstufe START-B 50

Eingereicht: Heilpraktikerrechnung über 250,- EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.

Es gilt: 75 % von 250,- EUR = 187,50 EUR, davon 50 % macht 93,75 EUR Erstattungsbetrag.

B Leistungsumfang und Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Behandlung erstattungsfähig:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung und Leistung des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfehlende Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, die in den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.

Dazu zählen zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" genannt sind.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel. Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. ä., selbst wenn Sie vom Heilbehandler verordnet sind, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Tarifliche Leistung nach 1.1 bis 1.4

Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 sind die folgenden bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze zur Ermittlung der tariflichen Leistung relevant.

- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten werden als solche anerkannt, wenn ersichtlich ist, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.

- 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden. Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR pro Kalenderjahr, sind die Kosten darüber hinaus zu 100 % berücksichtigungsfähig.

Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so reduziert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Berücksichtigungsfähigkeit 75 % beträgt, um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Berücksichtigungsfähigkeit 75 % beträgt.

Für Arzneimittel gemäß 1.4 sind berücksichtigungsfähig:

- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,
- 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird.

Erläuterung zu Generika

Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

1.6 Sehhilfen

Für Kosten von Sehhilfen, d. h. Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

1.7 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), sofern sie körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in funktionaler Standardausführung.

Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer). Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Beim Neubezug eines Hilfsmittels ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages zu berücksichtigen. 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages hingegen sind zu berücksichtigen, wenn:

- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder
- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:

Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Zu berücksichtigen ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus sind Heilmittel zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % zu berücksichtigen, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für z. B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.9 Ambulante Transportkosten

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen

Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener

Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

1.11 Behandlungen durch Heilpraktiker

Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des GebüH 85 für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die unter 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

1.12 Häusliche Behandlungspflege

Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden in Nr. 2.1 bis 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnprophylaxe

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung) zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Berücksichtigungsfähig sind 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zusätzlich sind 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen berücksichtigungsfähig.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnatologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Kosten für Verblendungen im vorderen Zahnbereich sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum

01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind maximal bis zur mittleren Preislage berücksichtigungsfähig. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Im Rahmen von Nr. 2.1 bis 2.6 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	500 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.000 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	2.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
ab dem fünften Versicherungsjahr maximal	4.000 EUR pro Versicherungsjahr.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.8 Heil- und Kostenplan

Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, rät die SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

3 Stationäre Heilbehandlung

Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Behandlung die nachfolgend in Nr. 3.1 und 3.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ebenfalls berücksichtigungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

4 Sonstiges

4.1 Krankentransport aus dem Ausland

Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht versichert.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

a) Zeitpunktbezogene Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START-B, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START-B ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung ange-

botenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option

Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst und vom gehobenen in den höheren Dienst.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung nach Buchstabe C Nr. 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherrn über den Laufbahnwechsel (Dienstherrnbescheid) in Kopie beizufügen.

2 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage ange-rechnet.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der in C 1 a) genannten Optionstermine von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz nur mit dem unter C 1 b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung auf Grund eines der in C 1 b) genannten Ereignisse erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option nach C 1 a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 VVG (Nichtzahlung der Beiträge, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und verfällt.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 der AVB Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs

(zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewährleisten.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5 %.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-START-B

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B, C und D gelten für den Tarif R-START-B noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungszeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif START-B fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung (Wegfall der Sonderbedingungen) durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-START-B 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Nummer 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-START-B weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben den Tarifen START-B und R-START-B darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif KlinikUNFALLpur der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

GebüH 85: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte
GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte
KhEntG: Krankenhausentgeltgesetz
SGB IV: Sozialgesetzbuch - Viertes Buch -
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch -
Gesetzliche Krankenversicherung
SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch -
Gesetzliche Pflegeversicherung
BpflV: Bundespflegeverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III

Tarife START-B und R-START-B

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.6)

C/D

E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Ergotherapie (B 1.8)

F
Fahrtkosten (B 3.2)

G
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.11)
Hilfsmittel (B 1.7)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Hydrotherapie (B 1.8)

I/J
Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
Inhalationen (B 1.8)
Inlays (s. Einlagefüllungen)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.8)

Krankentransportkosten (B 3.2)

L
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

M/N

Massage (B 1.8)
Massagegeräte (B 1.8)
Material- und Laborkosten (B 2.6)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

O

Optionsrecht (C)

P/Q

Psychotherapie (B 1.10)

R

Regelleistungen (s. Allgemeine Krankenhausleistungen)

S

Schwangerschaftsgymnastik (B 1.8)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)

T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U

Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V

Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y

Wartezeiten (A 2)

Z

Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)

Teil III Tarif START-PLUS Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

START-PLUS
Produktlinie privat

Der Tarif START-PLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Erstattet werden im Rahmen der ambulanten Behandlung:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung und Leistung des Entbindungspfleger. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diptherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Sozialgesetzbuch (SGB) V) genannt sind.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4

Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

-100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:

- Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
- Facharzt für Kinderheilkunde
- Facharzt für Gynäkologie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten werden als solche anerkannt, wenn ersichtlich ist, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.
- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Erstattung 75 % beträgt.

Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,
- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird.

Erläuterung zu Generika

Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

1.6 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Kosten für Sehhilfen, das sind Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen:

Das sind: Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Wird das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer zur Verfügung gestellt oder werden die medizinisch notwendige Versorgung und die Kosten des Hilfsmittels aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags vorab vom Versicherer zugesagt, beträgt die Erstattung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie

Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:

Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden Heilmittel zu 100 % erstattet, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden.

Das sind: Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

Nicht erstattet werden die Kosten für z.B.: Saunabäder und Schwangerschaftsgymnastik, Kosten für die Beschaffung von Geräten zur Anwendung elektrischer und physikalischer Heilbehandlung (z.B. Bestrahlungs- und Massagegeräte).

1.9 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

1.11 Psychotherapeutische Behandlungen

Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird nicht geleistet.

1.12 Behandlungen durch Heilpraktiker

Die Kosten der Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden nicht erstattet.

2 Zahnärztliche Behandlung

Erstattet werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung:

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zusätzlich werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

2.4 Zahnersatz

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Kosten für Verblendungen sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01 des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine

Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätte.

2.6 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 gelten folgende Höchstleistungen:

im ersten Versicherungsjahr	500 EUR
in den ersten beiden Versicherungsjahren	1.000 EUR
in den ersten drei Versicherungsjahren	2.000 EUR
in den ersten vier Versicherungsjahren	3.000 EUR
ab dem fünften Versicherungsjahr	4.000 EUR pro Versicherungsjahr.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.8 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

3 Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden im Rahmen der stationären Behandlung:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen bei Unfall

Erstattet werden nach Unfall zu 100 % die Kosten im Sinne der BpflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

4 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt 480 EUR abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

Die Selbstbehalte gemäß Abschnitt 1.5 und 4 gelten für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigen sich

für das erste Jahr die Selbstbehalte um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet.

Die entstandenen Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

6 Gesundheitsbonus

Art, Höhe und Voraussetzung

Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausbezahlt.

Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

Leistungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen haben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung der Bonusleistung.

Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).

Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (vgl. Abschnitt E) versichert haben, halbiert sich der Gesundheitsbonus.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START-PLUS, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START-PLUS in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen.

2 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine vom Versicherer über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 der AVB Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Fortführung der Versicherung

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterswerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarfberechnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (R-START-PLUS).

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem Tarif START-PLUS dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Teil III Tarif VO Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

VO

Der Tarif VO gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Versicherungsfähig sind Personen, die ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost (Beitrittsgebiet) haben.

1.2 Eine Verlegung des ständigen Wohnsitzes aus den neuen Bundesländern und Berlin-Ost ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten schriftlich anzuzeigen.

2 Wechsel in andere Krankheitskostentarife bei Entfall der Versicherungsfähigkeit

Innerhalb von zwei Monaten nach Entfall der Versicherungsfähigkeit haben die versicherten Personen das Recht, ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in andere für den Neuzugang geöffnete Krankheitskostentarife mit vergleichbaren Leistungen umstellen zu lassen. Ambulante und Zahntarife gelten als vergleichbar, wenn sie einen Selbstbehalt vorsehen. Im stationären Bereich gelten nur Tarife als vergleichbar, die die Regelleistung und nicht die Wahlleistung abdecken. Dabei werden die bereits erworbenen Rechte ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit angerechnet. Erfolgt kein Antrag auf Umstellung durch den Versicherungsnehmer, wird die Versicherung zu den gleichen Bedingungen nach Tarif KS1 weitergeführt. § 15 (3) Teil I und § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bleiben von dieser Regelung unberührt.

3 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

Der Erstattungsprozentsatz beträgt für

1.1 Ambulante Heilbehandlung einschließlich Wegegebühren gemäß 2.1

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bei einer Behandlung in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost. 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bei einer Behandlung in den alten Bundesländern einschließlich Berlin-West oder im Ausland.

Der Erstattungsprozentsatz von 80 % erhöht sich auf 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt.

1.1.1 Bei Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten muss ersichtlich sein, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

1.1.2 Die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt hat durch den Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist), einen Facharzt für Kinderheilkunde, Gynäkologie oder Augenheilkunde oder einen Not- oder Bereitschaftsarzt zu erfolgen. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, reduziert sich die Erstattung der Leistungen gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

1.1.3 Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

1.2 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gemäß 2.1.10 bis 2.1.12

1.2.1 Die Erstattung beträgt 85 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu einer Selbstbeteiligung von insgesamt 195 EUR je Kalenderjahr, darüber hinaus 100 %.

1.2.2 Beim Bezug von Arzneimitteln ist auf soweit vorhandene Generika (siehe Abschnitt 2.1.10) zurückzugreifen und alle Heilmittel-Anwendungen sind im Rahmen des beigefügten tariflichen Heilmittelverzeichnisses zu berechnen. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, reduziert sich die Erstattung der Leistungen gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

1.3 Ambulante Transportkosten gemäß 2.1.13

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.4 Zahnärztliche Behandlung gemäß 2.2

1.4.1 Zahnbehandlung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost.

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlungen in den alten Bundesländern und Berlin-West oder im Ausland.

Der Erstattungsprozentsatz von 80 % erhöht sich auf 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt.

1.4.2 Zahn- und Kieferregulierung

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahn- und Kieferregulierungen.

20 % zusätzlich nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen und wenn die gesamte Behandlung in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost durchgeführt wurde.

Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

1.4.3 Zahnersatz

1.4.3.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost

70 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Behandlungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost.

1.4.3.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 50 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebissanierung ist durch Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

1.4.3.3 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Behandlungen in den alten Bundesländern einschließlich Berlin-West oder im Ausland.

1.4.4 Ab dem zweiten Kalenderjahr ist regelmäßig (mind. 1x jährlich) eine Zahnkontrolluntersuchung durchzuführen. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, reduziert sich außerdem die Erstattung für zahnärztliche Leistungen gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

1.5 Stationäre Heilbehandlung und Transportkosten gemäß 2.3

1.5.1 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost.

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen in den alten Bundesländern einschließlich Berlin-West oder im Ausland.

1.5.2 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für stationäre Transportkosten innerhalb der neuen Bundesländer einschließlich Berlin-Ost.

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für stationäre Transportkosten in die bzw. innerhalb der alten Bundesländer einschließlich Berlin-West und im Ausland.

1.5.3 Der Erstattungsprozentsatz von 80 % gemäß 1.5.1 und 1.5.2 erhöht sich auf 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt. Der Erstattungssatz erhöht sich auch dann auf 100 %, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus der neuen Bundesländer einschließlich Berlin-Ost nicht möglich ist und der Versicherer diese vorab zugesagt hat.

1.5.4 Es ist ein Krankenhaus in Anspruch zu nehmen, das im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntgG) abrechnet und einen öffentlichen Versorgungsvertrag gem. § 109 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) abgeschlossen hat. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, reduziert sich die Erstattung der Leistungen aus 1.5.1 gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

1.6 Förderung von kostenbewusstem Verhalten

Die in den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.4 und 1.5 genannten Voraussetzungen sollen das kostenbewusste Verhalten der versicherten Person fördern. Sofern diese Voraussetzungen erfüllt werden, erfolgt die Erstattung der tariflichen Leistungen in Höhe des versicherten Prozentsatzes. Werden diese nicht erfüllt, beteiligt sich die versicherte Person an den Kosten, indem die tariflichen Leistungen um insgesamt bis zu 1.000 EUR je Kalenderjahr gemindert werden.

Die Kostenbeteiligung ist ausschließlich auf Rechnungen beschränkt, für die die Voraussetzungen erfüllt sein müssen, aber nicht eingehalten werden.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich die maximale Kostenbeteiligung. Beginnt die Versicherung während des 2. Quartals, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr die maximale Kostenbeteiligung um ein Viertel, bei Beginn im 3. oder 4. Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers

Die Aufwendungen der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen

Für Psychotherapie werden Leistungen für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr gezahlt. Erstattungsfähig sind von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

2.1.4 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutz-Impfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Enzephalitis.

2.1.5 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.

2.1.6 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.7 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.8 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der GOÄ erstattet.

2.1.9 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlim-

merung einer Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.1.10 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Arzt verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Dazu zählen auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badeszusätze, Desinfektionsmittel u. ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

Erläuterung zu Generika

Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

2.1.11 Physikalisch-medizinische Leistungen

Erstattungsfähig sind physikalisch-medizinische Leistungen nach dem Heilmittelverzeichnis des Tarifes VO, auch wenn sie durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden. Die Kosten für Podologie sind ebenfalls erstattungsfähig.

2.1.12 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das sind: Sehhilfen, Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbetrag von 160 EUR.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Sehhilfen werden bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien ohne zeitliche Begrenzung erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

2.1.13 Ambulante Transportkosten

Die 10 EUR übersteigenden Kosten für medizinisch notwendigen Notfall- und Unfalltransport sowie die 10 EUR übersteigenden Fahrtkosten bei Strahlentherapie und Dialyse werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

2.2 Zahnärztliche Behandlung

2.2.1 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

2.2.2 Zahn- und Kieferregulierung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

2.2.3 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf maximal vier Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis maximal 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (70 %) = 700 EUR).

2.2.4 Wird eine von der GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.2.5 Die Erstattung von Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erfolgt ausschließlich nach dem jeweils gültigen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL).

2.2.6 Die tariflichen Leistungen gemäß 2.2.1 bis 2.2.5 sind im ersten Versicherungsjahr nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht auf 500 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 1.000 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 1.500 EUR, im vierten Versicherungsjahr auf 2.000 EUR begrenzt. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Versicherungsjahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wird bei Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, können die Begrenzungen in den ersten vier Versicherungsjahren erlassen werden, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

2.2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

2.3 Stationäre Heilbehandlung und Transportkosten

2.3.1 Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

2.3.2 Erstattet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BpflV bzw. des KHEntG. Auch erstattet werden gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

2.3.3 Nicht erstattet werden die Kosten für Wahlleistungen im Sinne der BpflV bzw. KHEntG.

2.3.4 Stationäre Transportkosten

Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung die 10 EUR übersteigenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus auch aus dem Ausland (Auslandsrücktransport).

2.3.5 Bestattungskosten - Überführungskosten

Erstattet werden außerdem die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise, höchstens jedoch 11.000 EUR.

C Optionsrecht

1 Hat die Versicherung nach Tarif VO für die versicherte Person bis zu einem Eintrittsalter von 34 Jahren begonnen, besteht nach Ablauf der Optionsdauer von 60 Monaten das Recht, den bestehenden Krankenversicherungsschutz in Tarife zur Krankheitskostenvollversicherung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung umzustellen, sofern die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in die beantragten Tarife gegeben ist.

2 Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

3 Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a (3) Teil I bleibt jedoch unberührt, d.h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionsdauer vom Versicherer über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf der Optionsdauer, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären. Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum Ablauf des Optionsrechtes keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 (6) Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren
- und keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben
- beziehungsweise kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird,
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet,
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres.

Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Mit Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach den Sonderbedingungen.

Der Versicherungsnehmer hat jedoch das Recht, die Versicherung ohne Sonderbedingungen weiterzuführen, sofern die Umstufung innerhalb von vier Wochen beantragt wird. Dabei erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

4 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterswerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (R-VO).

F Obliegenheit

Neben dem Tarif VO darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb von einem Monat nach Bekanntwerden Gebrauch macht.

Heilmittelverzeichnis zum Tarif VO

Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR	Leistung	erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
001		025	
I. Inhalationen		Medizinische Bäder mit Zusätzen	
Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
		b) Sitzbad mit Zusatz	13,30
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		- einschl. der erforderlichen Nachruhe -	3,10
Krankengymnastische Behandlung, (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, - einschl. der erforderlichen Massage - Krankengymnastische Behandlung	19,50	c) Weitere Zusätze, je Zusatz	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10	026 Gashaltige Bäder	
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	19,50
Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz	22,50
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	21,00
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80	V. Kälte- und Wärmebehandlung	
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30	027 Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
Bewegungsübungen	7,70	027a Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung	23,60	028 Eisteilbad	9,80
- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		029 Heißluftbehandlung oder Wärmebehandlung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	11,80	VI. Elektrotherapie	
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50	030 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	6,20
Chirogymnastik	14,40	031 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		032 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90	033 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20	034 Iontophorese	6,20
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Peri'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70	035 Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
III. Massagen		036 Hydroelektronisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	22,00
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80	VII. Lichttherapie	
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder		037 Behandlung mit Ultraviolettlicht	
a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50	a) als Einzelbehandlung	3,10
b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
c) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70	038 a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
019 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 t/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	23,10	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		039 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
020 Heiße Rolle - einschl. der erforderlichen Nachruhe -	10,30	040 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
021 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile - einschl. der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80	VIII. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
022 An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauße)	12,30	041 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		042 Einzelbehandlung	
023 Wechsel-Teilbad	9,20	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
- einschl. der erforderlichen Nachruhe -		b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
		c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
		043 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
		044 Gruppenbehandlung	
		a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
		b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70