Unisex-AVB-Anderungen in der privat-Serie - Synopse		
START alt	START neu	Anmerkungen
1.1 Ärztliche Leistungen	1.1 Ärztliche Leistungen	Beitragsneutrale re-
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden	Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den	daktionelle und ein-
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten	Höchstsätzen der geltenden GOÄ	heitliche Anpassung
wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wege-		über die komplette
gebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Ope-	Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der	Produktpalette; ent-
rationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher	Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den	spricht der heutigen
Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlge-	Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.	Verfahrensweise
burt einschließlich Hebammenleistung und Leistung des Ent-		
bindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbin-	Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direk-	
dungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht	tem Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht	
in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung	werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfle-	
erbracht werden.	gers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden	
	amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.	
Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung		
vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen,		
die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.		
1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4	1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4	Beitragsneutrale re-
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Ver-	Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Ver-	daktionelle und ein-
bandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfä-	bandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungs-	heitliche Anpassung
higen Rechnungsbetrages	fähigen Rechnungsbetrages	über die komplette
		Produktpalette
- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen	- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen	
Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die	Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die	
Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu be-	Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu	
legen.	belegen.	
- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt	- 100 %, wenn die Behandlung durch eine Hebamme oder	
werden.	einen Entbindungspfleger erfolgt.	
	- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt	
Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstat-	werden.	
tungsfähigen Rechnungsbetrages		
- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen	Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstat-	
wird,	tungsfähigen Rechnungsbetrages	
- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegrif-	- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen	
fen wird.	wird,	
	- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückge-	Klarstellung zur Pro-
Erläuterung zu Generika	griffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des	zessoptimierung in
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt	Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktio-	kvvl (mit evtl. Auswir-
befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in	nen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Aller-	kung auf den Beitrag)
der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter	gie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, so-	

angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

weit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,

- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt.
- 75 %, in allen übrigen Fällen.

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, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

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.

Ebenfalls erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistungszusage durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Kosten von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z.B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen). Wurde keine vorherige Leistungszusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. eingeholt, werden höchstens die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

1.5 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 500 Euro (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 500 Euro sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei

Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfsmittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.	Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären.	
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.		
1.10 Psychotherapeutische Behandlungen Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird nicht geleistet.	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, sofern sie vor Behandlungsbeginn von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. schriftlich zugesagt wurden. Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Psy- chotherapie zur Er- langung des Mindest- versicherungsschut- zes
2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100- 102 GOZ.	2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zwei- mal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreini- gung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der gel- tenden GOZ.	Beitragsneutrale An- passung der Leistun- gen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012
2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebühren- ordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mund- behandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnli- che kleine Eingriffe.	2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen. Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor-	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette Klarstellung zur Pro-

	erungen in der privat-Serie - Synopse	
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	kosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
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.	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.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	
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.	2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen. Kosten für Verblendungen sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette
	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
2.6 Material- und Laborkosten Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten	<u>entfällt</u>	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in

	erungen in der privat-Serie - Synopse	
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.		kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
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.	2.7 Heil- und Kostenplan Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 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	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; ent- spricht der heutigen Verfahrensweise
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.	3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPfIV bzw. des KHEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette
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	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 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw entbindungspflegern.	
4 Selbstbehalt Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.	4 Selbstbehalt Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte 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.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; ent- spricht der heutigen Verfahrensweise
5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines	5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten ei-	Nicht beitragsneutrale Anpassung an die

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentrans-	nes medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentranspor-	Auslandsreise-KV
portes	tes	
	5.3 Entziehungsmaßnahmen	Nicht beitragsneutrale
	Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der ersten Entzie-	Ergänzung der Ent-
	hungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kos-	ziehungsmaßnahmen
	tenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden	zur Erlangung des
	kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn	Mindestversiche-
	und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor	rungsschutzes
	Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage	
	kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch	
	einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftrag-	
	ten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhaus-	
	leistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Kran-	
	kenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten	
	nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.	
E 3 Fortführung der Versicherung	E 3 Fortführung der Versicherung	Klarstellung zur Pro-
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung	Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung	zessoptimierung in
ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge	ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträ-	kvvl (entspricht der
ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.	ge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.	heutigen Verfahrens-
		weise)
Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterfüh-	Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiter-	
ren, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei	führen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von	
Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mittei-	zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche	
lung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.	Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.	
	Alternativ zu der Fertführung der Vereigherung ehne Cander	
	Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonder- bedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von	
	3 Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht,	
	den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung	
	und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Son-	
	derbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum	
	aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a.	
	G. gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehand-	
	lung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei-	
	bettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leis-	
	tungen vorsehen. Voraussetzung ist, dass	
	- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Be-	
	schäftigungsverhältnis erfolgt,	
	- <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Kranken-</u>	

Unisex-AVB-Ände	rungen in der privat-Serie - Synopse	
CINCOX TVB TINGO	versicherung (GKV) eingetreten ist und	
	- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.	
	aoi 7 ii sono Fornag alo Frasilivolo oli igoroloni, milai	
	Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und War-	
	tezeit eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit	
	von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden. Die Kran-	
	kentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Ab-	
	schlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für	
	Arbeitnehmer in der GKV begrenzt. Waren zum Tarif R-START	
	bisher Zuschläge im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko verein-	
	bart, kommen die dafür zugrunde gelegten Vorerkrankungen	
	und Diagnosen auch für die Ermittlung eines Zuschlages zur	
	Krankentagegeldversicherung zur Anwendung.	
D Anpassungsvorschriften	D Anpassungsvorschriften	Beitragsneutrale re-
	_ · · · · p ============================	daktionelle und ein-
Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)	Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)	heitliche Anpassung
Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der	Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I	über die komplette
Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge	für die Versicherungsleistungen gilt 5.	Produktpalette
der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer über-	Tar all Version orangerostanger gitter	. rodaniparotto
prüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhän-	Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL	
ders angepasst werden.	Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B	
and angepasse merasin	genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-	
	Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit	
	Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für	
	den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den	
	veränderten Verhältnissen angepasst werden.	
START-PLUS alt	START-PLUS neu	Anmerkungen
1.1 Ärztliche Leistungen	1.1 Ärztliche Leistungen	Beitragsneutrale re-
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden	Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den	daktionelle und ein-
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten	Höchstsätzen der geltenden GOÄ.	heitliche Anpassung
wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wege-	· ·	über die komplette
gebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Ope-	Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der	Produktpalette; ent-
rationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher	Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den	spricht der heutigen
Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlge-	Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.	Verfahrensweise
burt einschließlich Hebammenleistung und Leistung des Ent-		
bindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbin-	Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direk-	
dungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht	tem Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht	
in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung	werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfle-	
erbracht werden.	gers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden	
	amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.	

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung		
vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.		
1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4	1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4	Beitragsneutrale re-
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Ver-	Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Ver-	daktionelle und ein-
bandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfä-	bandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungs-	heitliche Anpassung
higen Rechnungsbetrages	fähigen Rechnungsbetrages	über die komplette
		Produktpalette
- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die	- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die	
Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu be-	Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu	
legen.	belegen.	
- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt	- 100 %, wenn die Behandlung durch eine Hebamme oder	
werden.	einen Entbindungspfleger erfolgt.	
	- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt	
Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstat-	werden.	
tungsfähigen Rechnungsbetrages - 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen		
wird,	Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages	
- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegrif-	- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen	
fen wird.	wird,	
	- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückge-	Klarstellung zur Pro-
Erläuterung zu Generika	griffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des	zessoptimierung in
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt	Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktio-	kvvl (mit evtl. Auswir-
befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter	nen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, so-	kung auf den Beitrag)
angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, wer-	weit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder	
den Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien	von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhal-	
untersucht und geprüft.	tige Gesundheitsstörung zu verursachen,	
	- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückge-	
	griffen wird <u>und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen</u>	
	handelt,	
	- 75 %, in allen übrigen Fällen.	
	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 Si-	
	cherheit entsprechen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden	
	ten werden. wie alle anderen Arzheimiller auch, werden	

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
	Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien unter-	
	sucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generi-	
1.7 Hilfsmittel	kum existiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren. 1.5 Hilfsmittel	Nijalat la aitua aga ay tugala
Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Hilfsmittel, die		Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfs-
körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausglei-	Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die	mittelregelung zur
chen sollen:	körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausglei-	Erlangung des Min-
Das sind: Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefer-	chen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel	destversicherungss-
tigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät,	und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberther-	chutzes
Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener	mometer).	
Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.		
	Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich	
Ebenfalls erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistungszu-	500 Euro (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal	
sage durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Kos-	pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Kran-	
ten von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z.B. Heimdialysege-	kenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird	
räte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen). Wurde keine	erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und	
vorherige Leistungszusage der SIGNAL Krankenversicherung	Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden	
a. G. eingeholt, werden höchstens die Kosten übernommen,	sollen.	
die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungs-	Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 500 Euro sowie War-	
form oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperati-	tungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschrei-	
onspartner des Versicherers angefallen wären.	ten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenver-	
enoparation door to locality and any enaperation.	sicherung a. G Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wer-	
Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei	den die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Aus-	
Kalenderjahren erstattet.	führung im Rahmen einer möglichen alternativen und kosten-	
	günstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei	
Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet	Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der	
haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.	SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären.	
Die Fretettung beträct 75 % des erstettungsfähigen Dech		
Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.		
Wird das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen		
zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versi-		
cherer zur Verfügung gestellt oder werden die medizinisch		
notwendige Versorgung und die Kosten des Hilfsmittels auf-		
grund der Vorlage eines Kostenvoranschlags vorab vom Ver-		
sicherer zugesagt, beträgt die Erstattung 100 % des erstat-		
tungsfähigen Rechnungsbetrages.		
1.10 Psychotherapeutische Behandlungen	1.9 Psychotherapeutische Behandlungen	Nicht beitragsneutrale
Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird	Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden	Ergänzung der Psy-

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
nicht geleistet.	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, sofern sie vor Behandlungsbeginn von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. schriftlich zugesagt wurden. Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	chotherapie zur Er- langung des Mindest- versicherungsschut- zes
2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100- 102 GOZ.	2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.	Beitragsneutrale An- passung der Leistun- gen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012
2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebühren- ordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mund- behandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnli- che kleine Eingriffe.	2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähi- ger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preis- lage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
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.	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.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger	

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
Zusätzlich werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.	Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.	
Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.	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.	
2.4.1 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.	2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen. Kosten für Verblendungen sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette
	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
2.6 Material- und Laborkosten Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie wer- den maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträ- ge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.	entfällt	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
2.8 Heil- und Kostenplan Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung	2.7 Heil- und Kostenplan Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung

Unisex-AVB-Ände	Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse		
ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.	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	über die komplette Produktpalette; ent- spricht der heutigen Verfahrensweise	
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.	3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. KHEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette	
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	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 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw entbindungspflegern.		
4 Selbstbehalt Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.	4 Selbstbehalt Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte 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.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; ent- spricht der heutigen Verfahrensweise	
5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentrans- portes	5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes	Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV	
, p =	5.3 Entziehungsmaßnahmen Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Ent- ziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche-	

Beginn der Maßnahme schriftlich zugesaat hat. Die Zusage kann von einer Beutlachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur de allgemeinen Krankenhausteistungen gemäß Abschnitt B. 3.1 erstattungsfähze. Ein Krankenhausteistungen gemäß Abschnitt B. 3.1 erstattungsfähze. Ein Krankenhausteistungen Person für das abgelaufene Kalenderjahr siediesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen eistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus siegezahlt. Bedirt das der Person für das abgelaufene Kalenderjahr siediesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus heträgt für das erste leistungsfreie kalenderjahr in Folge auf 500 EUR dir das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalender-inten Stellen und eine Versicheren aus Krankenversicherungen angerechnet, elech den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungselicht gemügen. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus int, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr nicht ist der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beitrage für das abgelaufene Kalenderjahr, nicht gereich ein die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beitrage für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätesten sie zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt	Unisex-AVB-Ande	erungen in der privat-Serie - Synopse	
kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhaussleistungen gemäß Abschnitt B. 1 erstatungsfählig. Ein Krankenhausslagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht. Gesundheitsbonus Gesundheitsbonus Gesundheitsbonus in Anspruch genommen sietungsfreise Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus usgezahlt. Ger Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie in Anspruch genommen (leistungsfreie Kalenderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für is zweite leistungsfreie Kalenderjahr 400 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorverscherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elehe den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elehe den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elehe den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, einer das abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus in Gesundheitsbonus in Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zeihung des Gesundheitsbonus in Gesundheitsbonus eins Gesundheitsbonus einstellt und den Gesundheitsbonus einstellt ein der 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 spätesen einstellt ein der Versicherung en Besundheitsbonus einst der Versicherungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus einstellt ein der Versicherung im a		und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor	rungsschutzes
einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfänig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht. C Gesundheitsbonus t, Höhe und Voraussetzung tt die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr ist diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen ziestungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus usgezahlt. C Gesundheitsbonus heträgt für das erste leistungsfreie ist eine Gesundheitsbonus siegezahlt. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif wirner Leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für ist zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR die versicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, seiner Monaties versicherungen der gesetzlichen Versicherungsteiten aus Krankenversicherungen angerechnet, in Folge auf 600 EUR. Der Gesundheitsbonus mit Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintrit der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestenden wird. Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestenden wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestenden wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus hat keinen Einfluß auf die Versicherte Person hilter der Auszahlung des Gesundheitsbonus wenn die Leitsungsfreie Person hilter der Auszahlung des Gesundheitsbonus wenn die Leitsungsmäß 193 Abs. 6 VVG (slehen Anhang) oder die versicherte Person hilter der Versicherte Person hilter der Versicherte Person hilter der Versicherte Person hilt			
ten Azzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die alligemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhausstagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahme sind nur die alligemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhausstagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahme aufgrund Nikotinsucht. C Gesundheitsbonus int für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus susgezahlt. Veraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus susgezahlt. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus susgezahlt. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufene Kalenderjahr nir Folge auf 500 EUR nir folge auf 500 EUR nir folge send föhre versicherungsbeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, eine Hondre der Versicherungsbeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, ein folge gest dem Anteil der versicherten Monarin diesem Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr nir holge auf 500 EUR der Anteil die der versicherten Monarin diesem Kalenderjahr ersten der versicherungen kalenderjahr runten g			
ziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaussagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht. CGesundheitsbonus t, Höhe und Voraussetzung at die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen sistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus sugezahlt. Per Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie kalenderjahr in Folge auf 500 EUR, ber Gesundheitsbonus erhöht sich für sich zur seite beitsungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR, In dieser Hinsicht werden Vorverberbungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, reichen den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungshilcht gemügen. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr erhous erhorite werden Vorverberbungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, reicher den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungshilcht den Beitrags für das abgelaufene Kalenderjahr in Folge auf 600 EUR, In dieser Hinsicht werden Vorverberbungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, reicher den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungsbilicht genügen. Ir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstalsa abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus im Folgejahr forbestanden hat (ausgenomen, wenn die Versicherung der Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr 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.			
Gesundheitsbonus t, Höhe und Voraussetzung at die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr istitungsfreise Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus istgezahlt. Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie eilestungsfreie Kalenderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für ist zweite leistungsfreie Kalenderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für ist zweite leistungsfreie Kalenderjahr 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorer-bertenungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, eilehe den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungsbeiche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherundszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, inr Gola auf Gesundheitsbonus im Folgejahr forbestanden hat (ausgenommen, keinstellt werden Vorerscherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, eilehe den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungsbeiche geschlössen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätesten sie zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus der Versicherung im abgelaufene Kalenderj			
kenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht. Gesundheitsbonus t, Höhe und Voraussetzung tat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr ist diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen sigezahlt. Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr ist die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr auf die versicherie Person für das abgelaufene Kalenderjahr auf die versicherie Person für das abgelaufene Kalenderjahr auf die versicherie Person für das abgelaufene Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR deitsbonus susgezahlt. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus int diesem Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstelbe den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspelicht der Auszahlung des Gesundheitsbonus in vielle Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätesten bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr volt und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr volt und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr volt und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr volt und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr volt und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr volt und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus des Zweiten oder Zwoif			
nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht. Gesundheitsbonus t, Höhe und Voraussetzung tat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr se diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen ist diesem Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus sigezahlt. Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ersöht sich für is zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR in dieser Hinsicht werden Vorvernicht in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorvernicht ein Anforderungen der gesetzlichen Versicherungszeiten aus Krankenversicherungen aus dem Anforderungen der gesetzlichen Versicherungsbeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus ir soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monanin diesem Kalenderjahr, in dem dieser Tarif ersten bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus heiten Einflus auf die Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus heitsbonus heiten Einfluß auf die Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus heiten bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus heiten Bich Zahlung			
Gesundheitsbonus 1, Höhe und Voraussetzung 1 die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr at die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen beistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus usgezahlt. 1 die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt. 2 die Gesundheitsbonus erson für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt. 3 des dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr aus diesem Tarif der Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr aus diesem Tarif ersten für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus in Folgejahr fortbestanden hat (ausgenomen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintrit der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). 2 Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus in Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus in Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus in Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus in Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus wenn die Leistungen der Versicherung im abge- aufenen Kalenderjahr unten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch			
tt, Höhe und Voraussetzung at die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr se diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen ist se diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus siegezahlt. 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 sits dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr eist das der durch Tod oder durch Tod oder durch Eintritt der Versicherung silender wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens kalenderjahr entsprechen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstglicht genügen. Fir das abgelaufene Kalenderjahr vin hen Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Fir Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr vollen der Versicherung genügen. Fir Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr vollen der Versicherung genügenhet, werstellt genügen beit wersicherte genen Man der Versicherung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt wersicherung der Vers			
heitliche Anpassur über des abgelaufene Kalenderjahr is diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen isistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus istungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt. Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr istungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt. Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr in Folge auf 600 EUR. In dieser Heistungsfreie kalenderjahr in Folge auf 500 EUR die Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufene Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR die Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufene Kalenderjahr in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elebende den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungsbeitender Manforderungen der gesetzlichen Versicherungsperichender 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. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus eiter Versicherung im abgelaufene Kal			
jahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Änspruch genommen sistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus sigezahlt. er Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie alenderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für as zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR die für das dritte und jedes weitere leistungsfreie kalender-heit norden Vorverscherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elicht genügen. ir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erst-leiche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungsber vorveil der Gesundheitsbonus abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus ansgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus hit seit dem Anteil der versicherten Monanister sowiel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monanister ein ein Start-PLUS für Vorsorgeuntersungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen der Bonusleistung. 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. 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			
nommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus Isgezahlt. nommen (leistungsfreie Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus Isgezahlt. weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorvercherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, eleche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungs-licht genügen. ihr das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstells abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus in 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. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderiahr ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehen 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			
heitsbonus ausgezahlt. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus spricht der heutige Verfahrensweise denderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für as zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR dit das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderhr in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorvercherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elicht genügen. Jeir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus als abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus in solveil Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monarin diesem Kalenderjahr entsprechen. Jeistungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen are Bonusleistung. Jeitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufene Kalenderjahr hortbestand und ununterbrochen bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr richte Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr in heitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr in heitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr in heitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr in heitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr in heitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahr in heitsbonus ist, dass dieser Tarif wä			
weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie alenderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für ist zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR die Gesundheitsbonus erhöht sich für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderhr in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorverscherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, eliche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungslicht genügen. Sir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstalts abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus ur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monanin diesem Kalenderjahr entsprechen. Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus nus im Folgejahr 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 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, wenn die Leistungen der Versicherung im abgelaufenen Kalenderjahr ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) 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, wenn die Leistungen der Versicherung im abgelaufenen Kalenderjahr ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) oder der Versicherung in abgelaufenen Kalenderjahr gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Versicherung in abgelaufenen Kalenderjahr gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Versicherung in abgelaufenen Kalenderja			
Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender- and für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalender- hr in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorver- cherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, eleche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungs- licht genügen. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender- jahres für mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausge- nommen, wenn die Versicherungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- ten sie zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus in diesem Kalenderjahr entsprechen. Seitungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersu- aufen einen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung er Bonusleistung. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender- jahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- den Monat bestand und ununterbro- sit mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalender- jahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- den Monat bestand und ununterbro- sit mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalender- jahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- den Monat bestand und ununterbro- sit mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus auf den Gesundheitsbonus ein Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus heitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus heitsbonus im Fo	ausgezahlt.	heitsbonus ausgezahlt.	
sit, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender- jahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- cher das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalender- hr in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorver- cherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, eleche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungs- licht genügen. ir das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erst- als abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus ur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Mona- in diesem Kalenderjahr entsprechen. Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung durch Tod oder durch Ein- tritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausge- nommen, wenn die Versicherungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus heitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausge- nommen, wenn die Versicherungspflichten besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätes- tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus heitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundhei			Verfahrensweise
jahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen der das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalender-Gerungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungs-licht genügen. Jür das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen aben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung er Bonusleistung. Jähres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen			
chen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherungspelicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Ein das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus auf den Gesundheitsbonus im Folgejahr 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. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Eistungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen aben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung er Bonusleistung. Eitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritte der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird). Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene 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			
hr in Folge auf 600 ÉUR. In dieser Hinsicht werden Vorvercherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungslicht genügen. 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. 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			
cherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, elche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungslicht genügen. In das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus ur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monanin diesem Kalenderjahr entsprechen. In diesem Kalenderjahr 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			
tritt 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. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr 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			
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. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus, wenn die Leistungen der Versicherung im abgeben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung er Bonusleistung. 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. 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			
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. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus, wenn die Leistungen der Versicherung im abgehaben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung er Bonusleistung. 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. 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			
die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr 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	pflicht genügen.	beendet wird).	
die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr 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			
tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Gesem Kalenderjahr entsprechen. tens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr 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			
nus im Folgejahr 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			
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			
heitsbonus, wenn die Leistungen der Versicherung im abge- laufenen Kalenderjahr ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (sie- he 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	te in diesem Kalenderjahr entsprechen.		
laufenen 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			
he Anhang) oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war. he 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			
Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war. Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war. Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war. Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluß auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8			
war. Teitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus it, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender-hres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- Teitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus bei Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluß auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8			
reitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus it, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender- hres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- hres für mindestens eine Monat bestand und ununterbro- hres für mindestens eine Monat bestand und ununterbro- hres für mindestens eine Mona	der Bonusleistung.		
t, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender- hres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- hres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro-	W '' V	war.	
hres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8		B: A 11 1 0 11 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
en bis mindestens zum Zeitnunkt der Auszahlung des Ge- II Abs. 6 a Teil II			
· ———	chen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Ge-	Abs. 6 a Teil II.	

sundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenom-

••				
Unisex-AVB-Anderungen				\sim
LINICAY AVA ANAGRIDAGN	ın	an	Drivat Caria	SUNDANCA
	- 11 1	(10)	UIIVAI-JEHE	701101150
Children A Control of the Control of		GO.	privat Cono	

men, 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.

E 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.

2 Höhe

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 Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (siehe Abschnitt F) 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.

Leistungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abschnitt B 1.2 sowie Zahnvorsorge gemäß Abschnitt B 2.1 und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.3 haben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung der Bonusleistung.

<u>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene</u> Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.

E 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.

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von Anpassung der Vorsorgeleistung aufgrund Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE und somit auch bzgl. des Gesundheitsbonus

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
	3 Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht,	
	den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung	
	und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Son-	
	derbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum	
	aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a.	
	G. gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehand-	
	lung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei-	
	bettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leis-	
	tungen vorsehen. Voraussetzung ist, dass	
	- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Be-	
	schäftigungsverhältnis erfolgt,	
	- <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Kranken-</u>	
	versicherung (GKV) eingetreten ist und	
	- <u>der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.</u>	
	Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und War-	
	tezeit eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit	
	von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden. Die Kran-	
	kentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Ab-	
	schlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für	
	Arbeitnehmer in der GKV begrenzt. Waren zum Tarif R-	
	START-PLUS bisher Zuschläge im Hinblick auf ein erhöhtes	
	Risiko vereinbart, kommen die dafür zugrunde gelegten Vorer-	
	krankungen und Diagnosen auch für die Ermittlung eines Zu-	
	schlages zur Krankentagegeldversicherung zur Anwendung.	
D Anpassungsvorschriften	E Anpassungsvorschriften	Beitragsneutrale re-
		daktionelle und ein-
Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)	Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)	heitliche Anpassung
Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der	Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I	über die komplette
Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge	für die Versicherungsleistungen gilt 5.	Produktpalette
der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer über-		
prüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhän-	Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL	
ders angepasst werden.	Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B	
	genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-	
	Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit	
	Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für	
	den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den	
KOMFORT II	veränderten Verhältnissen angepasst werden.	
KOMFORT alt	KOMFORT neu	Anmerkungen
1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4	1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4	Anpassung aufgrund

	• • • • •	_l		-: -	O
Unisex-AVB-Anderungen	ın	αΔr	$nrivat_{\sim} ai$	י בוי	VIDODED
- 011196V-V A D-VIIGELAHGEH		UCI	บบงดเรอธเ	107 - 1	CALICNOC

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

- 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.

. .

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).

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

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

. . .

Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird.
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt.
- 75 %, in allen übrigen Fällen.

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, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

Neutralität der Vor-

Schutzimpfungen

sorgeleistungen und

hinsichtlich der BRE

1.6 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhil-

1.6 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rech-

Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfs-

••				
11 · A\/D A				\sim
I Inicov AVA Andoriinaan	ın	an	Drivat Caria	CIVIDADA
	- 11 1		DIIVAL-SELLE	701101150
Unisex-AVB-Anderungen		GO.	privat Corio	Cyliopoo

fen), 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.

1.10 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 erstatungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rech-

nungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 Euro (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 Euro sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären..

mittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes

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 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Psychotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse				
nungsbetrages.				
1.11 Behandlungen 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.	1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen Mittel). Geleistet wird auch 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.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette		
	Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)		
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).	2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.	Beitragsneutrale An- passung der Leistun- gen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012		
2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehand- lung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.	2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette		
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähi- ger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preis- lage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)		
2.3 Kieferorthopädie	2.3 Kieferorthopädie	Klarstellung zur Pro-		

Unisex-AVB-Anderungen				\sim
I INIOOV AVID ANDONINGON	ın	~~r	DENTOT COM	CUMANA
		$(1 \rightarrow 1)$	DIIVAI-SELIE	50110102

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.

2.4.1 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 kieferchirugischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrende 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).

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.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. 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.

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, osten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. 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 zahn-

zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
	ärztlichen und kieferchirugischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.6: RB = 1.500, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und 2.4.3 (70 - 90 %) = 875 - 1125 EUR).	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette	
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.	entfällt	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)	
5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentrans- portes	5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes	Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV	
	5.3 Entziehungsmaßnahmen Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Ent- ziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche- rungsschutzes	
E 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 weiterfüh-	E 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 weiter-	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)	

ren, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

führen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören. Voraussetzung ist, dass

- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
- keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer in der GKV begrenzt. Waren zu den R-KOMFORT-Tarifen bisher Zuschläge im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko vereinbart, kommen die dafür zugrunde gelegten Vorerkrankungen und Diagnosen auch für die Ermittlung eines Zuschlages zur Krankentagegeldversicherung zur Anwendung.

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.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

<u>Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.</u>

Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den

Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse				
veränderten Verhältnissen angepasst werden.				
KOMFORT-PLUS alt	KOMFORT-PLUS neu	Anmerkungen		
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.	1.2 Schutzimpfungen Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippe- impfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neut- ralität der Schutzimp- fungen hinsichtlich der BRE		
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.			
1.2 Varaargauntarauahungan	1.3 Vorsorgeuntersuchungen			
1.3 Vorsorgeuntersuchungen Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.	Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette		
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. <u>Untersuchungen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u>	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neut- ralität der Vorsorge- leistungen hinsichtlich der BRE		
1.4 Arznei- 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	1.4 Arznei- und Verbandmittel Die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt, - 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird, - 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,	Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (mit evtl. Auswirkung auf den Beitrag)		

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.

- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,
 - 80 %, in allen übrigen Fällen.

Was sind Generika?

<u>Generika</u> 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, <u>können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.</u>

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 Kalenderiahren 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.

1.5 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 Euro (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 Euro sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären.

Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfsmittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes

Unisex-AVB-Ände	rungen in der privat-Serie	- Synopse
	100	

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 eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeute durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kos ten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstat tungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforde lich.	n n -
Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages	

nungsbetrages.

1.10 Behandlungen 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.

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.

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 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderiahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen Mittel). Geleistet wird auch 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.

Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal ie Kalenderiahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Psychotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes

Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette

Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)

Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012

Nicht beitragsneutrale Anpassung der Neut-

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse				
	Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.	ralität der Vorsorge- leistungen hinsichtlich der BRE		
2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehand- lung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.	2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.	Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette		
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähi- ger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preis- lage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)		
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.	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.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)		
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.	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rech-			
Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.	nungsbetrages. 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			

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse	
	Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.	
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 kieferchirugischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrende 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).	erfolgreichen Abschluss einzureichen. 2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen. Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. 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 kieferchirugischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.6: RB = 1.500, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozent-	Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise) Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette
	satz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und 2.4.3 (70 - 90 %) = 875 - 1125 EUR).	
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.	entfällt	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft Für die stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder die	3.6 Begleitperson <u>bei Erwachsenen</u> oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft <u>Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme</u>	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der

Unisex-AVB-Änderungen ir	der privat-Serie	- Synopse
--------------------------	------------------	-----------

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. eines Erwachsenen sind, aus diesem für den erwachsenen versicherten Tarif KOMFORT-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 Euro pro Stunde begrenzt auf max. 80 Euro pro Tag.

Voraussetzungen sind:

- bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und
- die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig <u>sein</u> und es besteht keine ambulante Alternative und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Dies Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person

- ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
- eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
- <u>- eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht</u> handelt.

heutigen Verfahrensweise)

4 Selbstbehalt

. . .

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte 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.

4 Selbstbehalt

. . .

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" sowie für die Kosten von Schutz-

Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich des Selbstbehaltes

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
	impfungen gemäß Abschnitt B 1.2.		
5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentrans- portes	5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes	Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV	
	5.3 Entziehungsmaßnahmen Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Ent- ziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche- rungsschutzes	
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 Kalender- jahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- chen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Ge- sundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenom- men, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).	C Gesundheitsbonus 1 Voraussetzung Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalender- jahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch ge- nommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesund- heitsbonus ausgezahlt. Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalender- jahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbro- chen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausge- nommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Ein- tritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette	
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.	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. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesund-		

2 Höhe

Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 6 00 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 Folgejahr 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. heitsbonus, wenn die Leistung 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.

<u>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6</u> a Teil II.

2 Höhe

Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 6 00 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 (siehe Abschnitt F) 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 Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" sowie Zahnvorsorge gemäß Abschnitt B 2.1 in Verbindung mit dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.

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

Anpassung der Vorsorgeleistung aufgrund Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE und somit auch bzgl. des Gesundheitsbonus

Unisex-AVB-Ände	erungen in der privat-Serie - Synopse
	E 3 Fortführung der Versicherung
rird die Versicherung	Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

E 3 Fortführung der Versicherung

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.

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.

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören. Voraussetzung ist, dass

- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
- keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer in der GKV begrenzt. Waren zu den R-KOMFORT-PLUS-Tarifen bisher Zuschläge im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko vereinbart, kommen die dafür zugrunde gelegten Vorerkrankungen und Diagnosen auch für die Ermittlung eines Zuschlages zur Krankentagegeldversicherung zur Anwendung.

Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)

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 E Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

<u>Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I</u>
für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette

	Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse				
der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer über- prüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhän- ders angepasst werden.	Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden. 2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I) Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist die SIGNAL Krankenversicherung a. G. unter den Voraussetzun-	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der An- passungsklausel für Vorsorge hinsichtlich der Neutralität zur BRE			
EXKLUSIV alt	gen gemäß § 18 Teil I berechtigt, das "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres anzupassen. EXKLUSIV neu	Anmerkungen			
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.	1.2 Schutzimpfungen Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippe- impfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neut- ralität der Schutzimp- fungen hinsichtlich der BRE			
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.				
1.3 Vorsorgeuntersuchungen Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.	1.3 Vorsorgeuntersuchungen Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette			
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Nicht beitragsneutrale			

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse				
	Untersuchungen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.	Ergänzung der Neut- ralität der Vorsorge- leistungen hinsichtlich der BRE		
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 medinisieren Heilensparte (z. R. Heilelieren Fiehenthermannten)	1.5 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfs- mittelregelung zur Erlangung des Min- destversicherungss- chutzes		
zinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer). Hilfsmittel gleicher Art, die <u>bis einschließlich 500 Euro</u> kosten, werden <u>einmal pro Kalenderjahr</u> erstattet. Hilfsmittel gleicher Art, welche <u>über 500 Euro</u> kosten, werden <u>einma</u> l innerhalb von <u>drei Kalenderjahren</u> erstattet.	Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 Euro (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.			
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	Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 Euro sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären.			
zugesagt wird oder - das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird. 1.6 Sehhilfen Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	1.6 Sehhilfen / Operationen zur Sehschärfenkorrektur Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Beitragsneutrale Ergänzung der LASIK/LASEK-Leistungen analog		

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
	Nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Beginn der Versiche-		
	rung nach dem Tarif EXKLUSIV entsteht ein Anspruch auf		
	Erstattung der Aufwendungen zu 100 % für brechkraftverän-		
	dernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu 1500		
	EUR insgesamt für beide Augen.		
	EOTT Inagesame for bolde Augen.		
	Die Frist von 3 Kalenderjahren bezieht sich dabei jeweils auf		
	Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV;		
	Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden für den Ablauf		
	der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt. Zeiten einer aktiven		
	Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-PLUS werden be-		
	rücksichtigt.		
	Tuokoloningi.		
	Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaser-		
	korrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entspre-		
	chenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf		
	folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von		
	Sehhilfen.		
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen	1.9 Psychotherapeutische Behandlungen	Nicht beitragsneutrale	
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden	Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden	Anpassung der Psy-	
GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und	GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und	chotherapie zur Er-	
überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in	überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in	langung des Mindest-	
eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psycho-	eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psycho-	versicherungsschut-	
therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	zes	
durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kos-	durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.	200	
ten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstat-	dation gotamics poyonothior aposticons - Bonamaian goti		
tungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL	Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstat-		
Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforder-	tungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres		
lich.	ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenver-		
non.	sicherung a. G. erforderlich.		
Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rech-	Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rech-		
nungsbetrages.	nungsbetrages.		
1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker	1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker	Beitragsneutrale re-	
Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heil-	Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heil-	daktionelle und ein-	
praktiker im Rahmen des GebüH 85 für wissenschaftlich aner-	praktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses	heitliche Anpassung	
kannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel.	für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte	über die komplette	
Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der	Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als sol-	Produktpalette	
Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die ange-	che gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen	. rodaktpalotto	
wendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur	Mittel). Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis		
Verfügung stehen. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunk-	als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet		

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
tur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.	werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie. Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)	
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.	2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zwei- mal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreini- gung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der gel- tenden GOZ.	Beitragsneutrale An- passung der Leistun- gen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012	
	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.	Nicht beitragsneutrale Anpassung der Neut- ralität der Vorsorge- leistungen hinsichtlich der BRE	
2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehand- lung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.	2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette	
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor- kosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähi- ger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preis- lage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)	
2.3 Kieferorthopädie Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen.	2.3 Kieferorthopädie Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der	

••				
Unisex-AVB-Anderungen				\sim
LINICAY AVA ANAGRIDAGN	ın	an	Drivat Caria	SUNDANCA
	- 11 1	(10)	UIIVAI-JEHE	701101150
Children A Control of the Control of		GO.	privat Cono	

Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

<u>Zusätzlich</u> 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.

2.4.1 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 anfallen- den zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrende 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).

Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

<u>Zusätzlich</u> 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.

2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallen- den zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend

heutigen Verfahrensweise)

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
	dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.6: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und 2.4.3: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).		
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.	<u>entfällt</u>	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)	
3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft Für die stationäre Mitaufnahme 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.	3.6 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 Euro pro Stunde begrenzt auf max. 80 Euro pro Tag. Voraussetzungen sind: - bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und - die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und - keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen wei-	Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)	
Die o. g. Kriterien werden bis zur Vollendung des 15. Lebens- jahres bzw. bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI oder einer 100-prozentigen Schwerbehinderung der verbleibenden Person regelmäßig unterstellt.	terführen. Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Dies Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um - ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder		

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
	 eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht handelt. 		
4 Selbstbehalt 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.	4 Selbstbehalt Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neut- ralität der Vorsorge- leistungen hinsichtlich des Selbstbehaltes	
	Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kosten- abrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der Card für Privatversicherte, hat der Versicherungsnehmer ei- nen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versi- cherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; ent- spricht der heutigen Verfahrensweise	
5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentrans- portes	5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes	Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV	
	5.3 Entziehungsmaßnahmen Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Ent- ziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche- rungsschutzes	
E 3 Fortführung der Versicherung Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung	E 3 Fortführung der Versicherung Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in	

	:l	🔿	0
I INICAY-A V K-ANGARI INGAN	IN AD	r nrivat-Saria	- SVINONCA
Unisex-AVB-Anderungen	III GC	Dilval-Octio	

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.

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.

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören. Voraussetzung ist, dass

- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
- keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer in der GKV begrenzt. Waren zu den REXKLUSIV-Tarifen bisher Zuschläge im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko vereinbart, kommen die dafür zugrunde gelegten Vorerkrankungen und Diagnosen auch für die Ermittlung eines Zuschlages zur Krankentagegeldversicherung zur Anwendung.

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 vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. E Anpassungsvorschriften

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

<u>Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I</u>
<u>für die Versicherungsleistungen gilt 5.</u>

Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B

heutigen Verfahrensweise)

kvvl (entspricht der

Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
	genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden. 2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I) Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist die SIGNAL Krankenversicherung a. G. unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I berechtigt, das "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres anzupassen.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der An- passungsklausel für Vorsorge hinsichtlich der Neutralität zur BRE	
EXKLUSIV-PLUS alt	EXKLUSIV-PLUS neu	Anmerkungen	
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	1.1 Ärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten nach der geltenden GOÄ	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette	
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.	1.2 Schutzimpfungen Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippe- impfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neut- ralität der Schutzimp- fungen hinsichtlich der BRE	
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.		
1.3 Vorsorgeuntersuchungen	1.3 Vorsorgeuntersuchungen	Beitragsneutrale re-	
Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstat- tet.	Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet.	daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette	

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rech-	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rech-		
nungsbetrages.	nungsbetrages.		
		Nicht beitragsneutrale	
	Untersuchungen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten	Ergänzung der Neut-	
	Vorsorgeuntersuchungen" haben keinen Einfluss auf die Aus-	ralität der Vorsorge-	
	zahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil	leistungen hinsichtlich	
4.5.120 20.1	<u> </u>	der BRE	
1.5 Hilfsmittel	1.5 Hilfsmittel	Nicht beitragsneutrale	
Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhil-	Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rech-	Ergänzung der Hilfs-	
fen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder	nungsbetrages die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen),	mittelregelung zur	
ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung).	die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Be-	Erlangung des Mindestversicherungss-	
Standardadstuniung).	darfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkis-	chutzes	
Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medi-	sen, Fieberthermometer).	Chaizes	
zinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).	Sen, riebermemonieter).		
Zinisone Heliapparate (Z.B. Helzkissen, Heberthermometer).	Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich		
Hilfsmittel gleicher Art, die bis einschließlich 500 EUR kosten,	1.000 Euro (oder deren Wartung und Reparatur) werden ein-		
wer- den einmal pro Kalenderjahr erstattet.	mal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL		
wer den enmar pro Harendonarin eretattett	Krankenversicherung a. G. erstattet. Eine vorherige Zusage		
Hilfsmittel gleicher Art, welche <u>über 500 EUR</u> kosten, werden	wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung		
einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.	und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet		
	werden sollen.		
Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet			
haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.	Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 Euro sowie		
	Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag über-		
Die Erstattung beträgt grundsätzlich 80 % des erstattungsfä-	schreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Kran-		
higen Rechnungsbetrages.	kenversicherung a. G Wird keine vorherige Zusage eingeholt,		
100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen	werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und		
Rechnungsbetrages wenn:	Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kos-		
- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen	tengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder		
zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem	bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der		
Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung	SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären.		
a. G. zur Verfügung gestellt wird oder			
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoran-			
schlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder			
- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Ver-			
sicherungsnehmer selbst beschafft wird.			
1.6 Sehhilfen	1.6 Sehhilfen / Operationen zur Sehschärfenkorrektur	Beitragsneutrale Er-	
	1.0 Common / Operationen zur Genschaftenkorrektur	gänzung der LA-	
***	'''	ganzang del LA-	

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rech-	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rech-	SIK/LASEK-	
nungsbetrages.	nungsbetrages.	Leistungen analog	
		EXKLUSIV-B	
	Nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Beginn der Versiche-		
	rung nach dem Tarif EXKLUSIV-PLUS entsteht ein Anspruch		
	auf Erstattung der Aufwendungen zu 100 % für brechkraftver-		
	ändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu 1500		
	EUR insgesamt für beide Augen.		
	Die Frist von 3 Kalenderjahren bezieht sich dabei jeweils auf		
	Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-		
	PLUS; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden für den		
	Ablauf der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt. Zeiten einer		
	aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV werden be-		
	rücksichtigt.		
	Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaser-		
	korrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entspre-		
	chenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf		
	folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von		
	Sehhilfen.		
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen	1.9 Psychotherapeutische Behandlungen	Nicht beitragsneutrale	
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden	Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden	Anpassung der Psy-	
GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und	GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und	chotherapie zur Er-	
überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in	überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in	langung des Mindest-	
eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psycho-	eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psycho-	versicherungsschut-	
therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	therapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	zes	
durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kos-	durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.		
ten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstat-			
tungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL	Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstat-		
Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforder-	tungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres		
lich.	ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenver-		
Die Fretettung beträgt 100 % des erstettungsfähigen Bech	sicherung a. G. erforderlich.		
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.	Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.		
1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker	1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker	Beitragsneutrale re-	
Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heil-	Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heil-	daktionelle und ein-	
praktiker im Rahmen des GebüH 85 für wissenschaftlich aner-	praktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses	heitliche Anpassung	
kannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel.	für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte	über die komplette	
Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der	Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als sol-	Produktpalette	

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
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.	che gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen Mittel). Geleistet wird auch 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. Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)	
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.	2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.	Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012 Nicht beitragsneutrale Anpassung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich	
2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenre- sektionen und ähnliche kleine Eingriffe. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rech- nungsbetrages.	2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen. Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rech-	der BRE Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)	
2.3 Kieferorthopädie	nungsbetrages. 2.3 Kieferorthopädie	Klarstellung zur Pro-	

Unisex-AVB-Anderungen				\sim
I INIOOV AVID ANDONINGON	ın	~~r	DENTOT COM	CUMANA
		$(1 \rightarrow 1)$	DIIVAI-SELIE	50110102

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.

<u>Zusätzlich</u> 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.

2.4.1 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 anfallen- den zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrende 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).

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

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

<u>Zusätzlich</u> 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.

2.4.1 Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallen- den zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen -

zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse		
	sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.5 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.5: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und 2.4.3: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).	
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.	entfällt	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft Für die stationäre Mitaufnahme 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.	3.6 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 Euro pro Stunde begrenzt auf max. 80 Euro pro Tag. Voraussetzungen sind: - bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und - die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und - keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)
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.	Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Dies Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person	

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse			
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 –PLUS1 960 EUR im Tarif EXKLUSIV –PLUS 2 abgezogen 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 (C 2).	um - ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder - eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder - eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht handelt. 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-PLUS0 480 EUR im Tarif EXKLUSIV-PLUS1 960 EUR im Tarif EXKLUSIV-PLUS2 abgezogen Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen", für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2 sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (siehe Abschnitt C 2). Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der	Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich des Selbstbehaltes Beitragsneutrale redaktionelle Anpassung oder Anpassung zur Vereinheitlichung über die komplette Produktpalette; ent-	
5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentrans- portes	5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes	Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV	
po	5.3 Entziehungsmaßnahmen Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Ent- ziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche-	

Unisex-AVB-Ände	Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse		
	und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.	rungsschutzes	
C Gesundheitsbonus 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	C Gesundheitsbonus Keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus hat die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" sowie Zahnvorsorge gemäß Abschnitt B 2.1 in Verbindung mit dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.	Anpassung der Vorsorgeleistung aufgrund Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE und somit auch bzgl. des Gesundheitsbonus	
E 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.	E 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. Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von 3 Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören. Voraussetzung ist, dass nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt, keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Kranken-	Klarstellung zur Pro- zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens- weise)	

Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse		
	- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.	
	Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer in der GKV begrenzt. Waren zu den REXKLUSIV-PLUS-Tarifen bisher Zuschläge im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko vereinbart, kommen die dafür zugrunde gelegten Vorerkrankungen und Diagnosen auch für die Ermittlung	
	eines Zuschlages zur Krankentagegeldversicherung zur An-	
E Annoquingavarachriftan	wendung.	Doitrogopoutrolo ro
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 vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.	1 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. Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.	Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette
	2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I) Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist die SIGNAL Krankenversicherung a. G. unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I berechtigt, das "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres anzupassen.	Nicht beitragsneutrale Ergänzung der An- passungsklausel für Vorsorge hinsichtlich der Neutralität zur BRE