

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

START alt	START neu	Anmerkungen
<p>1.1 Ärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung und Leistung des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.</p> <p>Wird eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.</p>	<p>1.1 Ärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind <u>die Leistungen von Ärzten</u> bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ. .</p> <p>Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.</p> <p><u>Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direktem Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.</u></p>	<p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>
<p>1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4 Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <p>...</p> <p>- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</p> <p>- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.</p> <p>...</p> <p>Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <p>- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,</p> <p>- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird.</p> <p>Erläuterung zu Generika Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter</p>	<p>1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4 Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <p>...</p> <p>- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</p> <p><u>- 100 %, wenn die Behandlung durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger erfolgt.</u></p> <p>- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.</p> <p>...</p> <p>Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <p>- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,</p> <p><u>- 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, so-</u></p>	<p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (mit evtl. Auswirkung auf den Beitrag)</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.</p>	<p><u>weit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,</li> <li>- 75 %, in allen übrigen Fällen.</li> </ul> <p>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.</p>	
<p>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.</p> <p>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 im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.</p> <p>Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.</p>	<p><u>1.5 Hilfsmittel</u> <u>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).</u></p> <p><u>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.</u></p> <p><u>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</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfsmittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.</p> <p>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p>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.</p>	<p><u>Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären.</u></p>	
<p>1.10 Psychotherapeutische Behandlungen Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird nicht geleistet.</p>	<p>1.9 Psychotherapeutische Behandlungen <u>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.</u></p> <p><u>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Psychotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ.</p>	<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der <u>geltenden GOZ</u> die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den <u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012</p>
<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.</p>	<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.</p> <p><u>Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Labor-</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Pro-</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p> <p><u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale re-daktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>2.6 Material- und Laborkosten Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten</p>	<p><u>entfällt</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in</p>

**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

<p>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.</p>		<p>kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p><b>2.8 Heil- und Kostenplan</b>          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.</p>	<p><b>2.7 Heil- und Kostenplan</b>          Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist <u>der SIGNAL Krankenversicherung a. G.</u> 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..</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>
<p><b>3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen</b>          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.           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.          ....</p>	<p><b>3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen</b>          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.           Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte <u>(nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln)</u> im allgemeinen belegärztlichen Rahmen <u>(z. B. für persönlich ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ)</u>. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. - entbindungspflegern.          ....</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>
<p><b>4 Selbstbehalt</b>          ....          Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.</p>	<p><b>4 Selbstbehalt</b>          ....          Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.   <u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>
<p><b>5.1 Krankentransport aus dem Ausland</b>          Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines</p>	<p><b>5.1 Krankentransport aus dem Ausland</b>          Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten ei-</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung an die</p>

**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

<p>medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes ...</p>	<p>nes medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes ...</p>	<p>Auslandsreise-KV</p>
	<p><u>5.3 Entziehungsmaßnahmen</u>  <u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Entziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>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 und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen. Voraussetzung ist, dass</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,</u></li> <li>- <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Kranken-</u></li> </ul>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>



**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

	<p><u>versicherung (GKV) eingetreten ist und</u>  <u>- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.</u></p> <p><u>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 zum Tarif R-START 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.</u></p>	
<p>D Anpassungsvorschriften</p> <p>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.</p>	<p>D Anpassungsvorschriften</p> <p>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></p> <p><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 veränderten Verhältnissen angepasst werden.</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>
<p><b>START-PLUS alt</b></p>	<p><b>START-PLUS neu</b></p>	<p><b>Anmerkungen</b></p>
<p>1.1 Ärztliche Leistungen  Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung und Leistung des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.</p>	<p>1.1 Ärztliche Leistungen  Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ. .</p> <p>Wird eine von der <b>geltenden</b> GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.</p> <p><u>Ebenfalls erstattungsfähig sind, auch wenn sie nicht in direktem Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden, Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>





## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	<p>Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. <u>Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.</u></p>	
<p><b>1.7 Hilfsmittel</b> 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.</p> <p>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.</p> <p>Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.</p> <p>Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.</p> <p>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.</p>	<p><b>1.5 Hilfsmittel</b> <u>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).</u></p> <p><u>Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 500 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.</u></p> <p><u>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 Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wären.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfsmittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p><b>1.10 Psychotherapeutische Behandlungen</b> Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird</p>	<p><b>1.9 Psychotherapeutische Behandlungen</b> <u>Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Psy-</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>nicht geleistet.</p>	<p><u>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.</u></p> <p><u>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</u></p>	<p>chotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ.</p>	<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der <u>geltenden</u> GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den <u>Ziffern</u> 1000-1030 GOZ. <u>Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.</u></p>	<p>Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012</p>
<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der <u>geltenden GOÄ/GOZ</u> die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- <u>und Parodontose</u>behandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p><u>Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	
<p>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.</p>	<p>2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der <u>geltenden</u> GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz <u>einschließlich</u> Einzelkronen und Einlagefüllungen (<u>Inlays</u>) <u>inklusive</u> Reparaturen, Kosten für <u>implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen</u>. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen. Kosten für Verblendungen sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.</p> <p><u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>2.6 Material- und Laborkosten Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.</p>	<p>entfällt</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>2.8 Heil- und Kostenplan Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung</p>	<p>2.7 Heil- und Kostenplan Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist der <u>SIGNAL Krankenversicherung a. G.</u> vor</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.</p>	<p>Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. <u>Die Gebühren für die Erstellung des Heil –und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G..</u></p>	<p>über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>....</p>	<p>3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPfIV bzw. KHEntG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.</p> <p>Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte <u>(nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln)</u> 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.</p> <p>....</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>
<p>4 Selbstbehalt .... Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.</p>	<p>4 Selbstbehalt .... Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.</p> <p><u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>
<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes ...</p>	<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch <u>sinnvollen und vertretbaren</u> Krankentransportes ...</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV</p>
	<p><u>5.3 Entziehungsmaßnahmen</u> <u>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</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Entziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche-</p>

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

	<p><u>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.</u></p>	<p> rungsschutzes</p>
<p>6 Gesundheitsbonus Art, Höhe und Voraussetzung Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Leistungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen haben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung der Bonusleistung.</p> <p>Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenom-</p>	<p>CGesundheitsbonus 1 Voraussetzung Hat die versicherte Person für das abgelaufene Kalenderjahr aus diesem Tarif keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), wird ein Gesundheitsbonus ausgezahlt.</p> <p>Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).</p> <p>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. <u>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.</u></p> <p><u>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluß auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Beitragsneutrale re-daktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>men, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).</p> <p>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.</p> <p>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.</p> <p>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.</p>	<p><u>2 Höhe</u>  <u>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.</u></p> <p>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.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Leistungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersuchungen <u>gemäß Abschnitt B 1.2</u> sowie Zahnvorsorge <u>gemäß Abschnitt B 2.1</u> und Schutzimpfungen <u>gemäß Abschnitt B 1.3</u> haben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung der Bonusleistung.</p> <p><u>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.</u></p>	<p>Anpassung der Vorsorgeleistung aufgrund Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE und somit auch bzgl. des Gesundheitsbonus</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>



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

	<p><u>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 und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen. Voraussetzung ist, dass</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,</u></li> <li>- <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und</u></li> <li>- <u>der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.</u></li> </ul> <p><u>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 zum Tarif R-START-PLUS 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.</u></p>	
<p>D Anpassungsvorschriften</p> <p>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.</p>	<p>E Anpassungsvorschriften</p> <p>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></p> <p><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 veränderten Verhältnissen angepasst werden.</u></p>	<p>Beitragsneutrale re-daktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>
<p><b>KOMFORT alt</b></p>	<p><b>KOMFORT neu</b></p>	<p><b>Anmerkungen</b></p>
<p>1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4</p>	<p>1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4</p>	<p>Anpassung aufgrund</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</li> <li>- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.</li> </ul> <p>...</p> <p>Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird,</li> <li>- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (dies gilt nicht für die Notfall- oder Unfallbehandlung – hier werden immer 100 % erstattet).</li> </ul>	<p>Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 %, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.</li> <li>- <u>100 %, wenn die Behandlung durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger erfolgt.</u></li> <li>- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.</li> </ul> <p>...</p> <p>Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,</li> <li>- <u>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.</u></li> <li>- <u>100 %</u>, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und <u>es sich um</u> Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,</li> <li>- 75 %, in allen übrigen Fällen.</li> </ul> <p>Was sind Generika?</p> <p><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></p>	<p>Neutralität der Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>1.6 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhil-</p>	<p>1.6 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind zu 100 % des erstattungsfähigen Rech-</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfs-</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>fen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung).</p> <p>Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).</p> <p>Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.</p> <p>Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.</p> <p>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. 100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvorschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder</li> <li>- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.</li> </ul>	<p>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).</p> <p><u>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.</u></p> <p><u>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..</u></p>	<p>mittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>1.10 Psychotherapeutische Behandlungen</p> <p>Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.</p> <p>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rech-</p>	<p>1.9 Psychotherapeutische Behandlungen</p> <p>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 <u>50 Sitzungen</u> im Kalenderjahr erstattungsfähig. <u>Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Psychotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>nungsbetrages.</p> <p>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.</p>	<p>1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des <u>geltenden Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)</u> für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel <u>(als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen Mittel)</u>. <u>Geleistet</u> 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.</p> <p>Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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).</p>	<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der <u>geltenden GOZ</u> die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern <u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012</p>
<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden <u>GOÄ/GOZ</u> die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>2.3 Kieferorthopädie</p>	<p>2.3 Kieferorthopädie</p>	<p>Klarstellung zur Pro-</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit feststehenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p>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.</p> <p><u>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></p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit feststehenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p>zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich <u>Einzelkronen und Einlagefüllungen</u> (Inlays) inklusive Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen. Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochen-aufbauende/-vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.500, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3 (70 - 90 %) = 875 - 1125 EUR).</p>	<p>2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich <u>Einzelkronen und Einlagefüllungen</u> (Inlays) inklusive Reparaturen, <u>osten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.</u> Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.</p> <p><u>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.</u> 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-</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	<p>ärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochen-aufbauende/-vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR <u>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 <u>Abschnitt B 2.4.2 und 2.4.3 (70 - 90 %) = 875 - 1125 EUR).</u></u></p>	<p>Beitragsneutrale re-daktionelle und ein-heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>
<p>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.</p>	<p><u>entfällt</u></p>	<p>Klarstellung zur Pro-zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens-weise)</p>
<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes ...</p>	<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch <u>sinnvollen und vertretbaren</u> Krankentransportes ...</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV</p>
	<p><u>5.3 Entziehungsmaßnahmen</u> <u>Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der ersten Entzie-hungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kos-tenerstattung 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. beauftrag-ten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Ent-ziehungsmaßnahme 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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Ent-ziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche-rungsschutzes</p>
<p>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-</p>	<p>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-</p>	<p>Klarstellung zur Pro-zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrens-weise)</p>



## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>ren, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.</p>	<p>führen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.</p> <p><u>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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,</u></li> <li>- <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und</u></li> <li>- <u>der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.</u></li> </ul> <p><u>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.</u></p>	
<p>D Anpassungsvorschriften</p> <p>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.</p>	<p>D Anpassungsvorschriften</p> <p>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></p> <p><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</u></p>	<p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>

**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

<b>KOMFORT-PLUS alt</b>	<u>veränderten Verhältnissen angepasst werden.</u> <b>KOMFORT-PLUS neu</b>	<b>Anmerkungen</b>
<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><i>Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</i></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Schutzimpfungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>1.3 Vorsorgeuntersuchungen ...</p> <p>Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>1.3 Vorsorgeuntersuchungen ...</p> <p>Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die <u>SIGNAL Krankenversicherung a. G.</u> erstattet.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>1.4 Arznei- und Verbandmittel ....</p> <p>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)</p> <p>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</p>	<p>1.4 Arznei- und Verbandmittel ....</p> <p>Die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt, - 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird, <i>- 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.</i></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (mit evtl. Auswirkung auf den Beitrag)</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>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.</p>	<p>- <u>100 %</u>, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird <u>und es sich</u> um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt, <u>- 80 %, in allen übrigen Fällen.</u></p> <p>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, <u>können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.</u></p>	
<p>1.5 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung).</p> <p>Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer). Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.</p> <p>Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. 100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvorschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder</li> <li>- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.</li> </ul>	<p>1.5 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind zu <u>100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</u> 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).</p> <p><u>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.</u></p> <p><u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfsmittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>1.9 Psychotherapeutische Behandlungen Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p>Die Kosten sind für bis zu <b>50 Sitzungen</b> im Kalenderjahr erstattungsfähig. <b>Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.</b></p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Psychotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>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.</p>	<p>1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des <b>geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH)</b> für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (<b>als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen Mittel</b>). <b>Geleistet</b> 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.</p> <p><b>Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.</b></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p>	<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der <b>geltenden</b> GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den <b>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.</b></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012</p> <p>Nicht beitragsneutrale Anpassung der Neut-</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	<p><u>Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>ralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden <u>GOÄ/GOZ</u> die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung <u>sowie</u> Wurzelspitzenresektionen.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p>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.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.	
<p>2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich <u>Einzelkronen und Einlagefüllungen</u> (Inlays) inklusive Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen. Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochen-aufbauende/-vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.500, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3 (70 - 90 %) = 875 - 1125 EUR).</p>	<p>2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich <u>Einzelkronen und Einlagefüllungen</u> (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für <u>implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen</u>. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochen-aufbauende/-vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR <u>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).</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p> <p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>
<p>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.</p>	entfällt	Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)
<p>3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft Für die stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder die</p>	<p>3.6 Begleitperson <u>bei Erwachsenen</u> oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft <u>Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme</u></p>	Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der



## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die haushaltsführende Person muss sich einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme unterziehen und es besteht keine ambulante Alternative und</li> <li>- die haushaltsführende Person hat Versicherungsschutz nach Tarif KOMFORT-PLUS und</li> <li>- 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</li> <li>- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.</li> </ul> <p>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.</p>	<p><u>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</u> oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft <u>bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 Euro pro Stunde begrenzt</u> auf max. 80 Euro pro Tag.</p> <p>Voraussetzungen <u>sind:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und</u></li> <li>- <u>die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein</u> und es besteht keine ambulante Alternative und</li> <li>- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.</li> </ul> <p><u>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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder</u></li> <li>- <u>eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder</u></li> <li>- <u>eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht handelt.</u></li> </ul>	<p>heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>4 Selbstbehalt ... Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.</p> <p><u>Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt</u> 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.</p>	<p>4 Selbstbehalt ... Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigen sich die Selbstbehalte nicht.</p> <p><u>Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt</u> erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß <u>Abschnitt B 1.3</u> zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß <u>Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“</u> sowie für die Kosten von Schutz-</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich des Selbstbehaltes</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes ...</p>	<p>impfungen gemäß Abschnitt B 1.2. 5.1 Krankentransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes ...</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV</p>
	<p><u>5.3 Entziehungsmaßnahmen</u> <u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Entziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>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.</p> <p>Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Weitere Voraussetzung für den Erhalt des Gesundheitsbonus ist, dass dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird).</p> <p><u>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-</u></p>	<p>Beitragsneutrale re- daktionelle und ein- heitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>2 Höhe</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.</p>	<p><u>heitsbonus, wenn die Leistung der Versicherung im abgelaufenen Kalenderjahr ruht gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war.</u></p> <p><u>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p> <p>2 Höhe</p> <p>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.</p> <p><u>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.</u></p> <p>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.</p> <p>Keinen Einfluss auf die Zahlung <u>des Gesundheitsbonus</u> hat die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß <u>Abchnitt B 1.3</u> zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen <u>gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“</u> sowie Zahnvorsorge <u>gemäß Abschnitt B 2.1 in Verbindung mit dem Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.</u></p> <p>Die Auszahlung des Gesundheitsbonus für das abgelaufene Kalenderjahr erfolgt spätestens im Juli des Folgejahres.</p>	<p>Anpassung der Vorsorgeleistung aufgrund Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE und somit auch bzgl. des Gesundheitsbonus</p>
---	--	--

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><u>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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,</u></li> <li>- <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und</u></li> <li>- <u>der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.</u></li> </ul> <p><u>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.</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>E Anpassungsvorschriften</p> <p>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</p>	<p>E Anpassungsvorschriften</p> <p>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></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>

**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

<p>der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.</p>	<p><u>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.</u></p> <p><u>2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)</u>  <u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Anpassungsklausel für Vorsorge hinsichtlich der Neutralität zur BRE</p>
<p><b>EXKLUSIV alt</b></p>	<p><b>EXKLUSIV neu</b></p>	<p><b>Anmerkungen</b></p>
<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Schutzimpfungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>1.3 Vorsorgeuntersuchungen ... Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>1.3 Vorsorgeuntersuchungen ... Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch <u>die SIGNAL Krankenversicherung a. G.</u> erstattet.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Nicht beitragsneutrale</p>

**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

	<p><u>Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>1.5 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung).</p> <p>Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).</p> <p>Hilfsmittel gleicher Art, die <u>bis einschließlich 500 Euro</u> kosten, werden <u>einmal pro Kalenderjahr</u> erstattet.</p> <p>Hilfsmittel gleicher Art, welche <u>über 500 Euro</u> kosten, werden <u>einmal</u> innerhalb von <u>drei Kalenderjahren</u> erstattet.</p> <p>Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.</p> <p>Die Erstattung beträgt grundsätzlich <u>80 %</u> des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. <u>100 %</u> hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvorschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder</li> <li>- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.</li> </ul>	<p>1.5 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind <u>zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</u> 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).</p> <p><u>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.</u></p> <p><u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfsmittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>1.6 Sehhilfen ... Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>1.6 Sehhilfen / <u>Operationen zur Sehschärfenkorrektur</u> ... Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale Ergänzung der LA-SIK/LASEK-Leistungen analog EXKLUSIV-B</p>



## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	<p><u>Nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV entsteht ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen zu 100 % für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu 1500 EUR insgesamt für beide Augen.</u></p> <p><u>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 berücksichtigt.</u></p> <p><u>Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.</u></p>	
<p>1.9 Psychotherapeutische Behandlungen Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p>Die Kosten sind für bis zu <u>50 Sitzungen</u> im Kalenderjahr erstattungsfähig. <u>Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung der Psychotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>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 Schmerzakupunk-</p>	<p>1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des <u>geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)</u> für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel <u>(als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen Mittel)</u>. <u>Geleistet</u> wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>tur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.</p>	<p>werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.</p> <p><u>Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p>	<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der <u>geltenden</u> GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den <u>Ziffern 1000-1030</u> GOZ. <u>Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012</p> <p>Nicht beitragsneutrale Anpassung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden <u>GOÄ/GOZ</u> die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>2.3 Kieferorthopädie Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen.</p>	<p>2.3 Kieferorthopädie Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen.</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p>Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p>heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p> <p>Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.7 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze unter Ziffer 2.7: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).</p>	<p>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 <u>implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen</u>. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	<p>dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der <u>gemäß Abschnitt B 2.6</u> dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze <u>gemäß Abschnitt B 2.6</u>: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden <u>Abschnitt B 2.4.2</u> und <u>2.4.3</u>: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).</p>	
<p><b>2.6 Material- und Laborkosten</b> 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.</p>	<p><u>entfällt</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p><b>3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft</b> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die haushaltsführende Person muss sich einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme unterziehen und es besteht keine ambulante Alternative und</li> <li>- die haushaltsführende Person hat Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV und</li> <li>- 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</li> <li>- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.</li> </ul> <p>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.</p>	<p>3.6 Begleitperson <u>bei Erwachsenen</u> oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft <u>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</u> 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.</p> <p>Voraussetzungen <u>sind</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und</u></li> <li>- <u>die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und</u></li> <li>- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.</li> </ul> <p><u>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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder</li> </ul>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>

**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

	<p><u>- eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder</u>  <u>- eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht</u>  <u>handelt.</u></p>	
<p>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.</p>	<p>4 Selbstbehalt          ....          Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß <u>Abschnitt B 1.3</u> zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen <u>gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“</u> sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß <u>Abschnitt B 1.2</u>.</p> <p><u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich des Selbstbehaltes</p> <p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>
<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland          Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes ...</p>	<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland          Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch <u>sinnvollen und vertretbaren</u> Krankentransportes ...</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV</p>
	<p><u>5.3 Entziehungsmaßnahmen</u>  <u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Entziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>E 3 Fortführung der Versicherung          Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung</p>	<p>E 3 Fortführung der Versicherung          Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.</p> <p>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.</p>	<p>ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.</p> <p>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.</p> <p><u>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</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,</u></li> <li>- <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und</u></li> <li>- <u>der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.</u></li> </ul> <p><u>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-EXKLUSIV-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.</u></p>	<p>kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>E Anpassungsvorschriften</p> <p>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.</p>	<p>E Anpassungsvorschriften</p> <p>1 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></p> <p><u>Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>



## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	<p><u>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.</u></p> <p><u>2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)</u>  <u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Anpassungsklausel für Vorsorge hinsichtlich der Neutralität zur BRE</p>
<b>EXKLUSIV-PLUS alt</b>	<b>EXKLUSIV-PLUS neu</b>	<b>Anmerkungen</b>
<p>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. ....</p>	<p>1.1 Ärztliche Leistungen Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten nach der geltenden GOÄ_....</p>	<p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>
<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Schutzimpfungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>1.3 Vorsorgeuntersuchungen ... Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.</p>	<p>1.3 Vorsorgeuntersuchungen ... Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die <u>SIGNAL Krankenversicherung a. G.</u> erstattet.</p>	<p>Beitragsneutrale redaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>1.5 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung).</p> <p>Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z.B. Heizkissen, Fieberthermometer).</p> <p>Hilfsmittel gleicher Art, die <u>bis einschließlich 500 EUR</u> kosten, werden <u>einmal pro Kalenderjahr</u> erstattet.</p> <p>Hilfsmittel gleicher Art, welche <u>über 500 EUR</u> kosten, werden <u>einmal innerhalb von drei Kalenderjahren</u> erstattet.</p> <p>Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.</p> <p>Die Erstattung beträgt grundsätzlich <u>80 %</u> des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. <u>100 %</u> hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvorschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. vorab zugesagt wird oder</li> <li>- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.</li> </ul>	<p>1.5 Hilfsmittel Erstattungsfähig sind zu <u>100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages</u> 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).</p> <p><u>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.</u></p> <p><u>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.</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Hilfsmittelregelung zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>1.6 Sehhilfen ...</p>	<p>1.6 Sehhilfen / <u>Operationen zur Sehschärfenkorrektur</u> ...</p>	<p>Beitragsneutrale Ergänzung der LA-</p>

**Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse**

<p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Nach Ablauf von 3 Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-PLUS entsteht ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen zu 100 % für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu 1500 EUR insgesamt für beide Augen.</u></p> <p><u>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 berücksichtigt.</u></p> <p><u>Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.</u></p>	<p>SIK/LASEK-Leistungen analog EXKLUSIV-B</p>
<p>1.9 Psychotherapeutische Behandlungen Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von Ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.</p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>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.</p> <p>Die Kosten sind für bis zu <u>50 Sitzungen</u> im Kalenderjahr erstattungsfähig. <u>Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung der Psychotherapie zur Erlangung des Mindestversicherungsschutzes</p>
<p>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</p>	<p>1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des <u>geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)</u> für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel <u>(als sol-</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>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.</p>	<p><u>che gelten nicht die gemäß Abschnitt 1.4 ausgeschlossenen Mittel).</u> 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.</p> <p><u>Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 Teil I sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p>	<p>2.1 Zahnprophylaxe Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den <u>Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II.</u></p>	<p>Beitragsneutrale Anpassung der Leistungen aufgrund der Novellierung auf GOZ 2012</p> <p>Nicht beitragsneutrale Anpassung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE</p>
<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.  Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>2.2 Zahnbehandlung Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/<u>GOZ</u> die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung <u>sowie</u> Wurzelspitzenresektionen.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>2.3 Kieferorthopädie</p>	<p>2.3 Kieferorthopädie</p>	<p>Klarstellung zur Pro-</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

<p>Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.</p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p>Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.</p> <p><u>Zusätzlich</u> werden 20 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen erstattet.</p> <p>Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.</p>	<p>zessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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.</p> <p>Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.6 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).</p>	<p>2.4.1 Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für <u>implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen.</u> Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.</p> <p><u>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.</u></p> <p>Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen -</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>

## Unisex-AVB-Änderungen in der privat-Serie - Synopse

	<p>sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der <u>gemäß Abschnitt B 2.5</u> dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze <u>gemäß Abschnitt B 2.5</u>: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden <u>Abschnitt B 2.4.2</u> und <u>2.4.3</u>: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).</p>	
<p>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.</p>	<p>entfällt</p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die haushaltsführende Person muss sich einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme unterziehen und es besteht keine ambulante Alternative und</li> <li>- die haushaltsführende Person hat Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV-PLUS und</li> <li>- 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</li> <li>- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.</li> </ul> <p>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.</p>	<p>3.6 Begleitperson <u>bei Erwachsenen</u> oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft <u>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</u> oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft <u>bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens</u> 10 Euro pro Stunde <u>begrenzt auf</u> max. 80 Euro pro Tag.</p> <p>Voraussetzungen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und</u></li> <li>- die <u>Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme</u> muss medizinisch notwendig <u>sein</u> und es besteht keine ambulante Alternative und</li> <li>- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.</li> </ul> <p><u>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</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>



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

	<p><u>um</u>  - 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.</p>	
<p>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).</p>	<p>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 <u>Abschnitt B 1.3</u> zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen <u>gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“</u>, für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß <u>Abschnitt B 1.2</u> sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (<u>siehe Abschnitt C 2</u>).</p> <p><u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale re-daktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich des Selbstbehaltes</p> <p>Beitragsneutrale re-daktionelle Anpassung oder Anpassung zur Vereinheitlichung über die komplette Produktpalette; entspricht der heutigen Verfahrensweise</p>
<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland  Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes ...</p>	<p>5.1 Krankentransport aus dem Ausland  Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch <u>sinnvollen und vertretbaren</u> Krankentransportes ...</p>	<p>Nicht beitragsneutrale Anpassung an die Auslandsreise-KV</p>
	<p><u>5.3 Entziehungsmaßnahmen</u>  <u>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</u></p>	<p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Entziehungsmaßnahmen zur Erlangung des Mindestversiche-</p>

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

	<p><u>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.</u></p>	<p>lungsschutzes</p>
<p>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</p>	<p>C Gesundheitsbonus ... Keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus hat die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen <u>gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“</u> sowie Zahnvorsorge gemäß <u>Abschnitt B 2.1 in Verbindung mit dem Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“</u> und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.</p>	<p>Anpassung der Vorsorgeleistung aufgrund Neutralität der Vorsorgeleistungen hinsichtlich der BRE und somit auch bzgl. des Gesundheitsbonus</p>
<p>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.</p>	<p>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.  <u>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</u> - <u>nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,</u> - <u>keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Kranken-</u></p>	<p>Klarstellung zur Prozessoptimierung in kvvl (entspricht der heutigen Verfahrensweise)</p>

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

	<p><u>versicherung (GKV) eingetreten ist und</u>  - <u>der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.</u></p> <p><u>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-EXKLUSIV-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.</u></p>	
<p>F Anpassungsvorschriften</p> <p>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.</p>	<p>F Anpassungsvorschriften</p> <p>1 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></p> <p><u>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.</u></p> <p><u>2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)</u>  <u>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.</u></p>	<p>Beitragsneutrale reaktionelle und einheitliche Anpassung über die komplette Produktpalette</p> <p>Nicht beitragsneutrale Ergänzung der Anpassungsklausel für Vorsorge hinsichtlich der Neutralität zur BRE</p>