

Tarif START-SI – Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Produktlinie privat-SI

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung

- 100 % ambulante Arztbehandlung, wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
- 100 % Hilfsmittel
- 100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu 1.000 EUR pro Auge
- 80 % Heilmittel
- 100 % der Kosten für Naturheilverfahren (Behandlung durch Heilpraktiker und/oder Ärzte inkl. Hufeland) bis zu einem Betrag von 750 EUR im Kalenderjahr (Budget)
- 80 % Psychotherapie bis maximal 50 Sitzungen im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung
- 75 % Zahnersatz
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 500 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.000 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 2.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.000 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR jährlich.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung bei Unfall

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfall (zu § 1 Abs. 2b Teil I)
- 2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Ambulante Heilbehandlung
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Schutzimpfungen
 - 1.3 Vorsorgeuntersuchungen
 - 1.4 Arznei- und Verbandmittel
 - 1.4.1 HIV Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)
 - 1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
 - 1.6 Hilfsmittel
 - 1.7 Sehhilfen
 - 1.8 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
 - 1.9 Physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
 - 1.10 Ambulante Transportkosten
 - 1.11 Psychotherapeutische Behandlungen
 - 1.12 Naturheilverfahren
 - 1.13 Häusliche Behandlungspflege
 - 1.14 Außerklinische Intensivpflege
 - 1.15 Häusliche Krankenpflege
 - 1.16 Haushaltshilfe
 - 1.17 Soziotherapie
 - 1.18 Sozialpädiatrie und interdisziplinäre Frühförderung
 - 1.19 Dialysebehandlungen
 - 1.20 Ambulante Kuren

2 Zahnärztliche Behandlung

- 2.1 Zahnprophylaxe
- 2.2 Zahnbehandlung
- 2.3 Kieferorthopädie
- 2.4 Zahnersatz
- 2.5 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
- 2.6 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung

- 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
- 3.2 Wahlleistungen bei Unfall
- 3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
- 3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
- 3.5 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
- 3.6 Stationäre Kuren
- 3.7 Übergangspflege

4 Selbstbehalt

- 5 Sonstige Leistungen
 - 5.1 Krankentransport aus dem Ausland
 - 5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
 - 5.3 Entwöhnungsmaßnahmen
 - 5.4 Kommunikationshilfleistungen
 - 5.5 Organspende

C Optionsrecht

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

D Anpassungsvorschriften

- 1 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
- 2 Anpassung betragsmäßig festgelegter Höchstbeträge

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

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

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

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

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfall (zu § 1 Abs. 2b Teil I)

Ergänzend gilt als Versicherungsfall auch der nicht rechtswidrige medizinisch oder kriminologisch indizierte Schwangerschaftsabbruch.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen mit Ausnahme der Regelung unter Abschnitt B 1.20 und B 3.6.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechneten Leistungen von Ärzten (z. B. Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen, Ärzte für Naturheilkunde) bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchungen, Entbindungen und Fehlgeburten.

Werden Kosten aufgrund einer auf der GOÄ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die ärztlichen, nach der GOÄ abgerechneten Leistungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie unter Verwendung von Kommunikations- und Informationstechnologien erbracht werden (Telemedizin). Nicht erstattungsfähig sind aber die Kosten der Anschaffung und des Betriebs der Endgeräte, die die versicherte Person anschaffen muss, um telemedizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können (z. B. Smartphone, Tablet, Laptop, Strom, W-LAN-Anschluss).

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

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für staatlich empfohlene Impfungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff für Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

Darüber hinaus wird auch über die staatlich empfohlenen Impfungen der STIKO hinaus für Reiseimpfungen geleistet.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

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

Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien und in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) genannt sind.

1.4 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel sowie Harn- und Blutteststreifen und Produkte zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM-Sensoren). Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden.

Erstattet werden auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Grundsätzlich nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Antikonzeptionsmittel, Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe.

In Ausnahmefällen kann mit durch ärztliches Attest nachgewiesener medizinischer Begründung geleistet werden für

- Antikonzeptionsmittel bei gynäkologischer Indikation oder einem Bezug bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres,
- Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate bei medizinischer Indikation zum Ausgleich eines krankheitsbedingten Mangels.

1.4.1 HIV Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)

Ab Vollendung des 16. Lebensjahres sind bei medizinischer Indikation die Kosten der PrEP erstattungsfähig, wenn der Versicherer eine vorherige Kostenzusage gegeben hat und der Bezug der Medikamente über einen vom Versicherer zu benennenden Kooperationspartner erfolgt. Die Kostenzusage wird der Versicherer nach Prüfung erteilen, wenn der Bezug der Medikamente medizinisch notwendig ist.

1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4

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

- 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:
 - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist),
 - Facharzt für Kinderheilkunde,
 - Facharzt für Gynäkologie,
 - Facharzt für Augenheilkunde,
 - Not- oder Bereitschaftsarzt.

Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen. Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten werden als solche anerkannt, wenn ersichtlich ist, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

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

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR pro Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet; für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine 100 %-Erstattung ein

erstattungsfähiger Rechnungsbetrag von 2.000 EUR pro Kalenderjahr maßgeblich.

Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so reduziert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Berücksichtigungsfähigkeit 75 % beträgt, um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Für Arzneimittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

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

Was sind Generika?

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

1.6 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel und Körperersatzstücke (außer Sehhilfen), die Krankheits- oder Unfallfolgen oder körperliche Behinderungen mildern oder ausgleichen sollen, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten. Als Hilfsmittel gelten auch Geräte zur Erkennung einer Erkrankung (z. B. Blutdruckmessgeräte), jedoch nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen).

Erstattungsfähig sind die Kosten für die Hilfsmittelversorgung und die notwendige Unterweisung der versicherten Person in den Gebrauch des Hilfsmittels, sowie Reparatur und Wartungsaufwendungen. Nicht erstattungsfähig sind Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Batterien, Stromkosten).

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 500 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen. Der Versicherer wird die Zusage nach Prüfung erteilen, wenn der erneute Bezug, die Wartung oder die Reparatur des Hilfsmittels im Kalenderjahr medizinisch notwendig ist.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 500 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Der Versicherer wird die Zusage nach Prüfung erteilen, wenn der Bezug des Hilfsmittels medizinisch notwendig ist.

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 des Versicherers angefallen wären, sofern sich die medizinische Notwendigkeit nachträglich bestätigt. Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich, wenn die Versorgung mit dem Hilfsmittel im Rahmen einer Unfall- oder Notfallversorgung erfolgt.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR. Ohne ärztliche Verordnung sind Sehhilfen nur erstattungsfähig, wenn sie direkt beim Optiker bezogen werden und dieser eine Refraktions- bzw. Sehstärkenbestimmung vorgenommen und auf der Rechnung ausgewiesen hat.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren und immer bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig. Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert.

1.8 Operationen zur Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehschärfenkorrekturen (z. B. brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen wie LASIK/LASEK, refraktiver Linsentausch und implantierte Kontaktlinsen) bis zu einem Höchstbetrag von 1.000 EUR pro Auge. Vor- und Nachuntersuchungen sind gemäß Abschnitt B 1.1 erstattungsfähig. 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 gemäß Abschnitt B 1.7.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Erstattungsfähig sind die Kosten für physikalisch medizinische Leistungen, die im Leistungskatalog der Bundesbeihilfeverordnung (vgl. § 23 BBhV) enthalten sind und die durch Ärzte und Heilpraktiker selbst durchgeführt wurden oder nach Verordnung der Vorgenannten durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilberufen (Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten, Masseur- und medizinische Bademeister, Podologen) durchgeführt werden. Dies sind Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektro- und Lichttherapie, Manuelle Therapie, Logopädie, Ergotherapie, Chiropraktik, Podologie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Ebenfalls erstattungsfähig sind die Kosten von Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik sowie Kosten eines Geburtsvorbereitungskurses, wenn dieser von einer Hebamme durchgeführt wird.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilmittel bis zu 120 % der in der BBhV genannten Höchstbeträge.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Darüber hinaus sind die Kosten verordneter oder von Ärzten oder Heilpraktikern selbst erbrachter, osteopathischer Behandlungen erstattungsfähig. Wenn diese durch einen Arzt oder Heilpraktiker selbst erbracht werden, gelten die Regelungen gemäß Abschnitt B 1.1 (Ärztliche Leistungen) und Abschnitt B 1.12 (Naturheilverfahren) für die Erstattung.

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

1.10 Ambulante Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.11 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind von Ärzten ausgeführte und nach der GOÄ abgerechnete psychotherapeutische Behandlungen. Ebenfalls erstattungsfähig sind die von ihnen angeordneten und überwachten psychotherapeutischen Behandlungen durch Heilpraktiker (hier gilt der unter Abschnitt B 1.12 genannte Höchstbetrag) sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, wenn die Therapie medizinisch notwendig ist.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.12 Naturheilverfahren

Erstattungsfähig sind, inklusive der Kosten der im Rahmen folgend beschriebener Behandlungen in Auftrag gegebenen Laborleistungen, die Kosten für

- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) bis zum Höchstbetrag des Verzeichnisses; psychotherapeutische Behandlung durch Heilpraktiker ist nur erstattungsfähig, wenn diese ärztlich verordnet wurde;
- von Ärzten oder Heilpraktikern durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden der Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Schröpftherapie. Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen der Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophischen Medizin sind die Kosten für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel und Arzneimittel erstattungsfähig.

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

Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind begrenzt auf einen Höchstbetrag von 750 EUR pro Kalenderjahr. Unter den Höchstbetrag fallen auch die im Rahmen der Behandlung entsprechend Abschnitt B 1.4 verordneten Arzneimittel.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.13 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von examinierten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind. Die Kosten werden erstattet, wenn die häusliche Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung und von einem Leistungserbringer erbracht wird, der über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag gemäß § 132a SGB V (siehe Anhang) verfügt. Die Erstattung erfolgt höchstens bis zu den Beträgen, die in der Vergütungsvereinbarung nach § 132a SGB V (siehe Anhang) beinhaltet sind.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.14 Außerklinische Intensivpflege

Ist für die versicherte Person die ständige Anwesenheit einer geeigneten examinierten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft (z. B. bei künstlicher Beatmung) erforderlich, dann sind die Kosten der außerklinischen Intensivpflege nach ärztlicher Verordnung und unter den Voraussetzungen des § 37c SGB V (siehe Anhang) und bis zu dem Betrag, den der Pflegedienst nach einer Vergütungsvereinbarung nach § 132 I SGB V (siehe Anhang) verlangen kann, erstattungsfähig.

Keine Leistungspflicht besteht für pflegerische Maßnahmen, für die die private Pflegepflichtversicherung zuständig ist.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.15 Häusliche Krankenpflege

Erstattungsfähig sind nach ärztlicher Verordnung die Kosten der häuslichen Krankenpflege durch geeignete examinierte Pflegekräfte bis zu vier Wochen je Versicherungsfall unter den Voraussetzungen des § 37 SGB V (siehe Anhang). Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Die Kosten werden erstattet, wenn häusliche Krankenpflege von einem Leistungserbringer erbracht wird, der über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag gemäß § 132a SGB V (siehe Anhang) verfügt. Die Erstattung erfolgt höchstens bis zu den Beträgen, die in der Vergütungsvereinbarung nach § 132a SGB V (siehe Anhang) beinhaltet sind und beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.16 Haushaltshilfe

Ist der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, nicht möglich, sind die Kosten einer Haushaltshilfe nach ärztlicher Verordnung und unter den Voraussetzungen des § 38 SGB V (siehe Anhang) erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.17 Soziotherapie

Die Kosten der Soziotherapie sind erstattungsfähig, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die Erstattungspflicht setzt weiter voraus, dass durch die Soziotherapie Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Die Leistungspflicht besteht nur nach ärztlicher Verordnung und wenn eine vorherige Vorlage eines ärztlichen Behandlungsplans und die schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben ist; die Zusage erfolgt, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist. Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (z. B. Sozialarbeiter) durchgeführt werden. Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Bei Behandlung durch Ärzte werden die nach der GOÄ berechneten Kosten berücksichtigt, bei Fachkräften für Soziotherapie nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.18 Sozialpädiatrie und interdisziplinäre Frühförderung

Sozialpädiatrie in sozialpädiatrischen Zentren und interdisziplinäre Frühförderung ist, nach ärztlicher Verordnung und nach Vorlage eines Förder- und Behandlungsplans, bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen erstattungsfähig. Soweit ein Anspruch auf Kostenersatzung gegenüber einem anderen Kostenträger besteht, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen und wird angerechnet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.19 Dialysebehandlungen

Erstattungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die Aufwendungen für ambulante und teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für die Heimdialyse.

1.20 Ambulante Kuren

Die Kosten von ambulanten Kuren sind bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 1.500 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren erstattungsfähig, wenn es sich um Kosten gemäß Abschnitt B 1.1, 1.4, 1.6 und/oder 1.9 handelt. Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten ab Tarifbeginn (Tarif START-SI).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2 Zahnärztliche Behandlung

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden die im Folgenden beschriebenen, nach der GOÄ oder Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechneten Kosten erstattet.

Werden Kosten aufgrund einer auf der GOÄ und GOZ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung gemäß Abschnitt B 2.2, 2.3 und 2.4 besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung medizinisch notwendig (z. B. Akupunktur, Hypnose), so sind diese ebenfalls erstattungsfähig.

2.1 Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind die nach der GOZ abgerechneten Kosten für prophylaktische Maßnahmen und professionelle Zahnreinigung (PZR). Die PZR ist einmal pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Zahnentfernung und operative Behandlungen) einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung, Arzneien, Bestrahlungen, Fissurenversiegelung sowie Wurzelspitzenresektionen.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher den bundesweit üblichen Preisen entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge der bundesweit üblichen Preise, teilt der Versicherer auf Anfrage bzw. im Rahmen einer Prüfung gemäß Abschnitt B 2.6 mit.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden. Die Erstattung erfolgt nach Maßgabe von Abschnitt B 2.6 dieser Bedingungen (Heil- und Kostenplan).

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Kieferorthopädie wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher den bundesweit üblichen Preisen entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge der bundesweit üblichen Preise, teilt der Versicherer auf Anfrage bzw. im Rahmen einer Prüfung gemäß Abschnitt B 2.6 mit.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

Ist die Behandlung auf einen nachweislich nach Vollendung des 21. Lebensjahres eingetretenen Unfall zurückzuführen, beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in diesem Fall 100 %.

2.4 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz wie z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen bis zum Zahn fünf.

Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate.

Die Erstattung erfolgt nach Maßgabe von Abschnitt B 2.5 dieser Bedingungen (Heil- und Kostenplan).

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnersatz wird als maximal erstattungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher den bundesweit üblichen Preisen entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge der bundesweit üblichen Preise, teilt der Versicherer auf Anfrage bzw. im Rahmen einer Prüfung gemäß Abschnitt B 2.6 mit.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.5 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 gelten folgende Erstattungshöchstbeträge:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	500 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.000 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	2.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.000 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR maximal pro Versicherungsjahr.

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

2.6 Heil- und Kostenplan

Bei Kieferorthopädie (Abschnitt B 2.3) und Zahnersatz (Abschnitt B 2.4) mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 1.000 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 1.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen zugesagten Leistung gemäß Abschnitt B 2.3 und B 2.4 erstattet.

Die nach der GOZ anfallenden Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer zu 100 %.

3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für eine medizinisch notwendige vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Heilbehandlung und Hybrid-DRG nach § 115f SGB V sowie einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Berechnet das Krankenhaus in Deutschland seine Leistungen nicht nach der BpflV oder dem KHEntG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen maximal 150 % der Kosten, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BpflV oder des KHEntG entstanden wären.

Allgemeine Krankenhauskosten bei einer Behandlung in einem Krankenhaus im Ausland sind die allgemeinen Kosten für Unterbringung und Pflege (ohne Wahlleistungen i. S. v. Abschnitt B 3.2), die in ihrer Art denen, die im Inland auf Grundlage von BpflV und KHEntG erbracht werden, vergleichbar sind.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen bei Unfall

Erstattet werden nach Unfall die Kosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, die nach der GOÄ berechnet werden.

Werden Kosten aufgrund einer auf der GOÄ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Berechnet das Krankenhaus in Deutschland seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Zweibettzimmer).

Die Erstattung nach Unfall beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG, die nach der GOÄ berechnet werden.

Die Leistungen durch Beleghebammen und -entbindungspfleger sind ebenfalls erstattungsfähig im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte zur stationären, vor- und nachstationären Behandlung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Hierbei gilt als nächstgelegenes jedes Krankenhaus im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Ort des Ereignisses (Erkrankung, Not- oder Unfall). Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Transportkosten zum nahegelegensten geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.5 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Liegt die Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vor, so sind auch die Kosten einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d SGB V erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.6 Stationäre Kuren

Die Kosten von stationären Kuren sind bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 1.500 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren erstattungsfähig, wenn es sich um Kosten gemäß Abschnitt B 1, 1.4, 1.6 und/oder 1.9 handelt.

Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten ab Tarifbeginn (Tarif START-SI). Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.7 Übergangspflege

Übergangspflege in einem Krankenhaus, in dem die stationäre Behandlung erfolgte, kann für den Übergang der versicherten Person von der stationären Behandlung in eine anschließende Anschlussheilbehandlung oder medizinische Rehabilitation genutzt werden. Die Voraussetzungen für die Übergangspflege (z. B. die Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege oder Kurzzeitpflege) sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und nachzuweisen. Die Übergangspflege wird für längstens 10 Tage gewährt.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Leistungen gemäß Abschnitt B 3.2, 3.3 und 3.4 erfolgen im Fall der Übergangspflege nicht.

4 Selbstbehalt

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 1 und stationäre Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt 500 EUR abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

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

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

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines durch ärztliche Bescheinigung bestätigten, medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise werden die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattet.

Die entstandenen Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entwöhnungsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind während der Vertragslaufzeit die Kosten für insgesamt drei Entwöhnungsmaßnahmen nach einer Entzugsbehandlung, wenn diese als ambulante oder stationäre Maßnahme dazu dienen die Abhängigkeit einer versicherten Person von einer Droge zu beseitigen und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden und erfolgt, wenn die Maßnahme medizinisch notwendig ist.

Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der ersten Entwöhnungsmaßnahme zu einer Sucht ein Kostenzuschuss in Höhe von 100 %, bei der zweiten und dritten Entwöhnungsmaßnahme ein Kostenzuschuss in Höhe 80 % gezahlt. Die verbleibenden 20 % werden jeweils nach Beendigung der Maßnahme erstattet, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen (z. B. bei Missachtung der Anweisungen des Fachpersonals) noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Ausgeschlossen von der Erstattung sind Entwöhnungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht.

Bei einer stationären Entwöhnungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen

Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der übrigen tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe erstattungsfähig. In Anspruch genommen werden können Kommunikationshilfen gemäß § 3 der Kommunikationshilfenverordnung (siehe Anhang). Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher. Die medizinische Notwendigkeit der Inanspruchnahme ist durch ärztliches Attest nachzuweisen, die Inanspruchnahme der Leistungen durch die Vorlage einer Rechnung des Leistungserbringers.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.5 Organspende

Im Rahmen eines nach deutschem Recht zulässigen und durchgeführten Eingriffs, bei dem von einer lebenden Person (Organspender) Organe oder Gewebe auf die versicherte Person (Organempfänger) übertragen werden, werden aus diesem für den Organempfänger versicherten Tarif, die folgenden Kosten für den Organspender übernommen:

- Nach der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnete ärztliche Leistungen;
- Kosten der stationären Behandlung (allgemeine Krankenhausleistungen und ggf. Wahlleistungen). Hierzu gehören z. B. die Vorbereitung der Lebendorganspende und auch medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlungen des Spenders;
- Verdienstausschlag;
- Die vom Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge;
- Im Fall des Anspruchs des Organspenders auf Entgeltfortzahlung, erstattet der Versicherer an Stelle des Verdienstausschlags auf Antrag des Arbeitgebers das fortgezahlte Arbeitsentgelt sowie die vom Arbeitgeber zu tragenden Sozialversicherungsbeiträge und Beiträge zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung an den Organspender.

C Optionsrecht

1 Ausübung der zeitpunktbezogenen Option auf Höherstufung

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 60 und 84 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START-SI, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START-SI in leistungstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen.

2 Alterungsrückstellung

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

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. im Ausgangstarif vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert und auf die im Zieltarif erforderliche Höhe angepasst werden.

4 Information über die Ausübung der Option

Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine gemäß Abschnitt C 1 vom Versicherer über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

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

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts

Das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1 gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und verfällt.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

D Anpassungsvorschriften

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

Als tariflicher Vorhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

2 Anpassung betragsmäßig festgelegter Höchstbeträge

Um den Wert des Versicherungsschutzes bei möglichen Preissteigerungen zu erhalten, kann der Versicherer überprüfen, ob die in Abschnitt B 1.7 und 1.8 genannten EUR-Beträge anzupassen sind. Diese Beträge können, sofern die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Versicherteninteressen erforderlich ist, zugunsten der Versicherten angepasst werden. Weitere Voraussetzung ist, dass ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Anpassung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt.

Der Versicherer informiert die Versicherungsnehmer unter Darlegung der wesentlichen Gründe über die Änderungen. Die Änderungen werden frühestens zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Mitteilung erfolgt, wirksam.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten für den Tarif R-START-SI noch folgende Bestimmungen:

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
- keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
- kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet sowie deren nicht berufstätige Ehegatten bzw. Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Schul- oder Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird;
- wenn eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausgeübt wird;
- wenn ein Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit erzielt wird, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet;
- spätestens jedoch mit der Vollendung des 39. Lebensjahres.

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

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

3 Fortführung der Versicherung

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

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

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen. Voraussetzung ist, dass

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

Gleichzeitig kann ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeit eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen abgeschlossen werden.

Die Krankentagegeldhöhe ist auf 150 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer in der GKV begrenzt.

Waren zum Tarif R-START-SI 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.

4 Beitragsberechnung

Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

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

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem Tarif (R-)START-SI dürfen keine weiteren Krankheitskostenvollversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Der Beitragsentlastungstarif BE-SI und die Krankentagegeldtarife der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. sind hiervon ausgenommen.

Abkürzungsverzeichnis

BBhV:	Bundesbeihilfeverordnung	PrEP:	HIV Prä-Expositions-Prophylaxe
BPflV:	Bundespflegesatzverordnung	SGB IV:	Sozialgesetzbuch - Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
DRG:	Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen)	SGB V:	Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss	STIKO:	Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut
GebÜH:	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker	VAG:	Versicherungsaufsichtsgesetz
GOÄ:	Gebührenordnung für Ärzte	VVG:	Versicherungsvertragsgesetz
GOZ:	Gebührenordnung für Zahnärzte		
KHEntgG:	Krankenhausentgeltgesetz		