

Tarife EXKLUSIV-SI 0, 1, 2 – Krankheitskostentarife 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 einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 100 % Arzneimittel- und Verbandmittel
- 100 % Hilfsmittel
- 100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu 2.500 EUR pro Auge
- 100 % Heilmittel
- 100 % der Kosten für Naturheilverfahren (Behandlung durch Heilpraktiker und/oder Ärzte inkl. Hufeland) bis zu einem Betrag von 2.250 EUR im Kalenderjahr (Budget)
- 100 % Psychotherapie

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % Zahnbehandlung und professionelle Zahnreinigung
- 90 % Zahnersatz
- 100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 1.500 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 2.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 4.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 6.000 EUR. Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
- 100 % Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung.

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
 - 1.3.1 Besondere Diagnostik in der Schwangerschaft
 - 1.4 Präventionskurse
 - 1.5 Arznei- und Verbandmittel
 - 1.5.1 HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)
 - 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 Ambulante Operationen
 - 1.14 Häusliche Behandlungspflege
 - 1.15 Außerklinische Intensivpflege
 - 1.16 Häusliche Krankenpflege
 - 1.17 Haushaltshilfe
 - 1.18 Soziotherapie
 - 1.19 Sozialpädiatrie und interdisziplinäre Frühförderung
 - 1.20 Dialysebehandlungen
 - 1.21 Ambulante Kuren
 - 1.22 Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung
 - 1.23 Kinderbetreuung
- 2 Zahnärztliche Behandlung
 - 2.1 Zahnprophylaxe
 - 2.2 Zahnbehandlung
 - 2.3 Kieferorthopädie
 - 2.4 Zahnersatz
 - 2.5 Zahnaufhellung und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung
 - 2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
 - 2.7 Heil- und Kostenplan
- 3 Stationäre Heilbehandlung
 - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
 - 3.2 Wahlleistungen
 - 3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
 - 3.4 Krankenhausstagegeld
 - 3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
 - 3.6 Begleitperson bei Kindern
 - 3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

- 3.8 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
- 3.9 Stationäre Kuren
- 3.10 Übergangspflege

4 Gesundheitsvorsorge

- 5 Selbstbehalt
- 6 Sonstige Leistungen
 - 6.1 Krankentransport aus dem Ausland
 - 6.2 Überführung/Bestattung im Ausland
 - 6.3 Entwöhnungsmaßnahmen
 - 6.4 Kommunikationshilfeleistungen
 - 6.5 Organspende

C Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus und Gesundheitsvorsorge

- 1 Gesundheitsbonus
 - 1.1 Voraussetzung
 - 1.2 Höhe
- 2 Verhaltensbonus
 - 2.1 Voraussetzung
 - 2.2 Höhe
- 3 Gesundheitsvorsorge

D Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
 - 1.1 Zeitpunktbezogene Option auf Höherstufung
 - 1.2 Option nach Tieferstufung des Versicherungsschutzes
- 2 Alterungsrückstellung
- 3 Gesundheitsprüfung
- 4 Information über die Ausübung der Option
- 5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
- 6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

E Besonderheit zur Beitragszahlung

- 1 Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit
- 2 Beitragsreduzierung bei Pflegebedürftigkeit
- 3 Ende der Besonderheiten zur Beitragszahlung und -reduzierung bei Pflegebedürftigkeit
- 4 Beitragsbefreiung bei Elternzeit bzw. bei Bezug von Elterngeld
- 5 Beitragsbefreiung des nachversicherten Kindes
- 6 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung

F Anpassungsvorschriften

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

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

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

H Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-SI 0, 1 und 2 gelten 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 1.21 und B 3.9.

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.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten, die aufgrund einer auf der GOÄ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet werden.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den für die Behandlung von Ausländern am Behandlungsort üblicherweise berechneten Sätzen entsprechen. In Bezug auf die Höhe der Vergütung findet hier die deutsche GOÄ keine Anwendung.

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.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, indikationsbedingte bzw. ärztlich angeratene und nach GOÄ berechnungsfähige Impfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO) hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Schutzimpfungen dienen der Gesundheitsvorsorge. Insoweit ist die Regelung gemäß Abschnitt B 4 zu beachten.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen (inkl. Schwangerschaftsvorsorge) zur Früherkennung von Krankheiten nach

gesetzlich eingeführten Programmen wie z. B. in den „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ oder den „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) genannt (ohne die dort genannten Altersgrenzen).

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren, dies sind Kliniken, die auf Früherkennungen von Krankheiten und Organstörungen spezialisiert sind, werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Vorsorgeuntersuchungen dienen der Gesundheitsvorsorge. Insoweit ist die Regelung gemäß Abschnitt B 4 zu beachten.

1.3.1 Besondere Diagnostik in der Schwangerschaft

Erstattungsfähig sind während einer Schwangerschaft beim Nachweis vorliegender Risikofaktoren bei der Schwangeren als erweiterte Vorsorge auch Maßnahmen zur Pränataldiagnostik wie z. B. die Nackentransparenzmessung, jedoch keine prädiktiven Gentests. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.4 Präventionskurse

Ergänzend zu dem gemäß § 4 Abs. 1 Teil II gewährten Präventionskurs ist ein weiterer Präventionskurs bis zu einem Höchstbetrag von 200 EUR pro Kalenderjahr erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 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.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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.

1.5.1 HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP)

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherten erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen. Der Versicherte 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 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherten. Der Versicherte 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 Versicherten 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 Notfallerstversorgung erfolgt.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für ärztlich verordnete Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 600 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 2.500 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 Vor genannten 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 150 % der in der BBhV genannten Höchstbeträge.

Die Erstattung beträgt 100 % 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 bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit der versicherten Person 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.

Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherten erforderlich. Der Versicherte wird die Zusage erteilen, wenn die Therapie medizinisch notwendig ist.

Die Erstattung beträgt 100 % 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.

Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind begrenzt auf einen Höchstbetrag von 2.250 EUR pro Kalenderjahr. Unter den Höchstbetrag fallen auch die im Rahmen der Behandlung entsprechend Abschnitt B 1.5 verordneten Arzneimittel.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.13 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person anstatt einer stationären Behandlung einer ambulanten Operation oder einem stationärs- ersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, zahlt der Versicherer zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1 einen Betrag von 200 EUR.

1.14 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.

1.15 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.

1.16 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.

1.17 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.

1.18 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.

1.19 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 Kostenerstattung gegenüber einem anderen Kostenträger besteht, ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen und wird angerechnet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.20 Dialysebehandlungen

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

1.21 Ambulante Kuren

Die Kosten von ambulanten Kuren sind bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 2.500 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren erstattungsfähig, wenn es sich um Kosten gemäß Abschnitt B 1.1, 1.5, 1.6 und/oder 1.9 handelt.

Es besteht eine Wartezeit von 24 Monaten ab Tarifbeginn (Tarif EXKLUSIV-SI).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.22 Kinderwunschbehandlung und Kryokonservierung

In Abweichung von § 1 Abs. 2 Teil II der AVB wird für künstliche Befruchtung unter den in § 1 Abs. 2 Teil II der AVB genannten übrigen Voraussetzungen unabhängig vom Alter der versicherten Person geleistet. Im Leistungsfall werden auch die Kosten einer Kryokonservierung zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet. Der Erstattungsprozentsatz beträgt 50 %, wenn die Kryokonservierung vor einer potenziell keimzellschädigenden Therapie erfolgt, welcher sich die versicherte Person unterziehen muss (z. B. Strahlentherapie).

Die Leistungspflicht besteht in beiden vorgenannten Fällen nur, wenn der Versicherer im Vorfeld eine Kostenzusage erteilt hat.

1.23 Kinderbetreuung

Ist versicherte Person ein Kind, welches erkrankt oder verunfallt und deshalb länger als drei Tage betreut werden muss, wird je Kalenderjahr ein Betrag von 200 EUR (Einmalzahlung) gezahlt. Für die Auszahlung müssen folgende weitere Voraussetzungen erfüllt sein:

- das Kind hat seinen 12. Geburtstag noch nicht vollendet oder ist behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen;

- der bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. ebenfalls in einem der EXKLUSIV-SI (0, 1, 2) versicherte Elternteil muss sein erkranktes Kind betreuen und kann seiner beruflichen Tätigkeit deshalb nicht nachgehen (Nachweis über Krankschreibung des Elternteils);
- die Betreuung des Kindes kann nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person erfolgen.

2 Zahnärztliche Behandlung

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

Erstattungsfähig sind auch die Kosten, die aufgrund einer auf der GOÄ und GOZ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet werden.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den für die Behandlung von Ausländern am Behandlungsort üblicherweise berechneten Sätzen entsprechen. In Bezug auf die Höhe der Vergütung finden hier die deutsche GOÄ und GOZ keine Anwendung.

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.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Zahnprophylaxe dient der Gesundheitsvorsorge. Insoweit ist die Regelung gemäß Abschnitt B 4 zu beachten.

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 2.7 mit.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Erstattung erfolgt nach Maßgabe von Abschnitt B 2.7 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 2.7 mit.

Beginnt die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres, beträgt die Erstattung 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.

Eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, die nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat, ist einmalig im Rahmen der Vertragslaufzeit aus diesem Tarif erstattungsfähig. Die Erstattung beträgt 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages und ist dabei maximal auf 3.000 EUR begrenzt.

Dies gilt nicht, wenn die Behandlung auf einen nachweislich nach Vollendung des 21. Lebensjahres eingetretenen Unfall zurückzuführen ist; die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt in diesem Fall 100 %.

2.4 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für Zahnersatz wie z. B. Prothesen, Stützähne, 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.

Die Erstattung erfolgt nach Maßgabe von Abschnitt B 2.7 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 2.7 mit.

Die Erstattung beträgt 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.5 Zahnaufhellung und besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching).

Voraussetzung für die Kostenersatzung für zahnaufhellende Maßnahmen ist, dass diese von einem Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung wie z. B. Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmerschlaf), Lachgas-Sedierung sind auch auf Wunsch der versicherten Person, ohne Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung gemäß der Abschnitte B 2.2 bis B 2.4 stehen.

Die versicherte Person kann die vorgenannten Leistungen in Summe bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt maximal 150 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren in Anspruch nehmen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

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

Im ersten Versicherungsjahr maximal	1.500 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	2.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	4.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	6.000 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

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

2.7 Heil- und Kostenplan

Bei Kieferorthopädie (Abschnitt B 2.3) und Zahnersatz (Abschnitt B 2.4) mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 2.500 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 2.500 EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflich 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 (BPFV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) 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 BPFV oder dem KHEntgG 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 BPFV oder des KHEntgG 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 BPFV und KHEntgG erbracht werden, vergleichbar sind.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten im Sinne der BPFV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, die nach der GOÄ berechnet werden.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten, die aufgrund einer auf der GOÄ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet werden.

Berechnet das Krankenhaus in Deutschland seine Leistungen nicht nach der BPFV 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 ersten oder zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Ein- oder Zweibettzimmer).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den für die Behandlung von Ausländern am Behandlungsort üblicherweise berechneten Sätzen entsprechen. In Bezug auf die Höhe der Vergütung findet hier die deutsche GOÄ keine Anwendung.

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG, die nach der GOÄ berechnet werden.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten, die aufgrund einer auf der GOÄ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet werden.

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

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den für die Behandlung von Ausländern am Behandlungsort üblicherweise berechneten Sätzen entsprechen. In Bezug auf die Höhe der Vergütung findet hier die deutsche GOÄ keine Anwendung.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankenhaustagegeld

Der Versicherer zahlt

- ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen (gemäß Abschnitt B 3.2), auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten (gemäß Abschnitt B 3.3), in Anspruch nimmt;
- ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (gemäß Abschnitt B 3.2) verzichtet.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes, bei dem die versicherte Person stationär aufgenommen wird und übernachtet, gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

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

3.5 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.

3.6 Begleitperson bei Kindern

Bei Krankenhausaufenthalt eines nach diesem Tarif versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils oder einer sorgeberechtigten bzw. das Kind gesetzlich vertretenden Person als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 28 Tagen pro Aufenthalt und Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 30 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet hat und ein Elternteil oder die sorgeberechtigte bzw. die das Kind gesetzlich vertretende Person ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. versichert ist.

3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Geleistet wird bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines versicherten Erwachsenen für die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr, höchstens 10 EUR pro Stunde, begrenzt auf maximal 80 EUR pro Tag, wenn

- es sich bei der im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen versicherten Person um die haushaltsführende Person handelt und
- die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist und keine ambulante Alternative besteht und
- keine andere im Haushalt lebende Person diesen weiterführen kann und
- die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für deren Gesundheit oder Leben besteht.

Die letztgenannte Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um

- ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
- eine Person, bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorliegt oder
- eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht, handelt.

3.8 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.

3.9 Stationäre Kuren

Die Kosten von stationären Kuren sind bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt 2.500 EUR innerhalb von drei Kalenderjahren erstattungsfähig, wenn es sich um Kosten gemäß Abschnitt B 1.1, 1.5, 1.6 und/oder 1.9 handelt.

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

3.10 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 Gesundheitsvorsorge

Leistungen gemäß Abschnitt B 1.2, 1.3 und 2.1 dienen der gesundheitlichen Vorsorge der versicherten Person. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen wird bis zu einem Höchstbetrag von 750 EUR pro Kalenderjahr nicht auf die Auszahlung des Gesundheitsbonus (vgl. Abschnitt C 1) oder einer möglichen erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung (vgl. § 8 Abs. 7 Teil II) angerechnet. Leistungen gemäß Abschnitt B 1.2 und B 1.3 finden im Rahmen dieser Höchstbetragsregelung auch keine Anrechnung auf den Selbstbehalt (vgl. Abschnitt B 5).

5 Selbstbehalt

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

0 EUR	im Tarif EXKLUSIV-SI 0
500 EUR	im Tarif EXKLUSIV-SI 1
1.000 EUR	im Tarif EXKLUSIV-SI 2

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

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

Die Erstattung der Leistungen gemäß Abschnitt B 1.4, Leistungen im Rahmen der unter Abschnitt B 4 beschriebenen Gesundheitsvorsorge sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (siehe Abschnitt C 2) bleiben von einem vereinbarten Selbstbehalt unberührt.

6 Sonstige Leistungen

6.1 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.

6.2 Überführung/Bestattung im Ausland

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

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

6.3 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. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

6.4 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.

6.5 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 (auch die Kosten, die aufgrund einer auf der GOÄ basierenden getroffenen Individualvereinbarung berechnet werden);
- 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 Gesundheitsbonus, Verhaltensbonus und Gesundheitsvorsorge

1 Gesundheitsbonus

1.1 Voraussetzung

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

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

Ein Anspruch auf den Gesundheitsbonus besteht nicht, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind. Ausgeschlossen ist die Zahlung des Gesundheitsbonus, wenn im abgelaufenen Kalenderjahr ein Ruhen des Versicherungsvertrages im Sinne des § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) vorlag oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 7a Teil II.

1.2 Höhe

Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 600 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur so viel Zwölftel, wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

Im Rahmen der Überprüfung der Leistungsfreiheit werden leistungsfreie Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen. Zugunsten der versicherten Person wird in den drei Jahren vor Beginn des Tarifs EXKLUSIV-SI (0, 1, 2) Leistungsfreiheit angenommen, wenn sich nicht aus der Beantwortung der für den Antrag erforderlichen Gesundheitsfragen etwas anderes ergibt.

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

2 Verhaltensbonus

Der Verhaltensbonus ist eine auf Antrag einmal im Jahr erfolgende Summenauszahlung, mit der der Versicherer gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person im abgelaufenen Kalenderjahr unter den in Abschnitt C 2.1 genannten Voraussetzungen honoriert.

2.1 Voraussetzung

Die jährliche Auszahlung des Verhaltensbonus für das abgelaufene Kalenderjahr kann durch die versicherte Person ab dem Folgejahr beantragt werden. Ein Anspruch auf den Verhaltensbonus besteht,

- wenn dieser Tarif während des abgelaufenen Kalenderjahres für mindestens einen Monat bestand und ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Verhaltensbonus im Folgejahr fortbestanden hat (ausgenommen, wenn die Versicherung durch Tod oder durch Eintritt der Versicherungspflicht ohne Befreiungsmöglichkeit beendet wird) und
- wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr spätestens bis zum Zeitpunkt der Beantragung der Auszahlung des Verhaltensbonus im Folgejahr voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
- wenn im abgelaufenen Kalenderjahr kein Ruhen des Versicherungsvertrages im Sinne des § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) vorlag oder keine Hilfebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit gemäß Abschnitt E bestand.

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

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

Die Werte des BMI, Blutdruck und Blutzucker sowie die Cholesterinwerte sind durch Untersuchung beim Arzt/ bei einer Ärztin oder in einer Apotheke nachzuweisen. Der Nachweis der Zahnvorsorge erfolgt durch die Bescheinigung der Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung.

Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres setzt die Auszahlung des Verhaltensbonus voraus, dass nach Vertragsabschluss altersgemäß die Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (U1 bis U 9 bis 64. Lebensmonat) durchgeführt werden.

Danach muss jährlich ein normgerechter BMI sowie die Zahnvorsorge und die altersentsprechende Durchführung der Vorsorgeuntersuchung J 1 nach gesetzlich eingeführtem Programm nachgewiesen werden. Der BMI für Kinder muss durch einen Arzt/einer Ärztin in Abhängigkeit von Größe, Alter, Gewicht und Geschlecht bestimmt werden.

Die durch die Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus entstehenden Kosten haben weder Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus noch auf die Zahlung einer Beitragsrückerstattung.

Die Auszahlung des Verhaltensbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 7a Teil II und die Auszahlung des Gesundheitsbonus gemäß Abschnitt C 1.

2.2 Höhe

Der Verhaltensbonus beträgt für ein Kalenderjahr, in dem die genannten Untersuchungen durchgeführt und normgerechte Ergebnisse nachgewiesen werden, 200 EUR, für das zweite Kalenderjahr in Folge 250 EUR und für das dritte Kalenderjahr in Folge 300 EUR. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet bzw. den Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten (siehe Abschnitt G) versichert haben, halbiert sich der Verhaltensbonus. Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Verhaltensbonus nur so viel Zwölftel, wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

3 Gesundheitsvorsorge

Leistungen gemäß Abschnitt B 1.2, B 1.3 und B 2.1 dienen der Gesundheitsvorsorge. Nimmt die versicherte Person Leistungen gemäß dieser Abschnitte in Anspruch, so haben diese in Summe bis zu einem Höchstbetrag (Budget) von 750 EUR pro Kalenderjahr keinen Einfluss auf den Anspruch und die Auszahlung des Gesundheitsbonus gemäß Abschnitt C 1, den Verhaltensbonus gemäß Abschnitt C 2 sowie, sofern eine solche gezahlt wird, auf die Auszahlung einer erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 7a Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen. Voraussetzung der Zuordnung der in Anspruch genommenen Leistungen zum Budget von 750 EUR ist, dass die vom Arzt gestellte Rechnung durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person bevorzugt in der von der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellten Applikation eingereicht wird.

D Optionsrecht

1 Ausübung der Option

1.1 Zeitpunktbezogene 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 den EXKLUSIV-SI-Tarifen, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-SI-Tarifen in leistungstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

1.2 Option nach Tieferstufung des Versicherungsschutzes

Unabhängig von einer Optionsrechtsinanspruchnahme gemäß Abschnitt D 1.1 hat die versicherte Person seit erstmaligem Beginn der Tarife EXKLUSIV-SI (0, 1, 2) zudem ein einmaliges Recht, nach einer Tieferstufung des Versicherungsschutzes innerhalb der Produktlinie privat-SI (Wechsel in Tarif START-SI oder einen KOMFORT-SI mit gleichem oder höherem Selbstbehalt (vgl. Abschnitt B.5)) ohne Risikoprüfung in den Tarif EXKLUSIV-SI (0, 1, 2) zurückzukehren. Dieses Recht kann die versicherte Person zu einem Zeitpunkt ihrer Wahl ausüben. Die Dauer der Tieferstufung beträgt sechs Monate.

Die Höhe des dann zu zahlenden Beitrages wird entsprechend den gültigen Berechnungsgrundlagen ermittelt.

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 D 1.1 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 D 1.1 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 D 1.1 entsprechend verlängern.

Das Optionsrecht gemäß Abschnitt D 1.2 gilt nicht, sofern bzw. solange der Tarif in Anwartschaft oder nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt D 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.

E Besonderheit zur Beitragszahlung

1 Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Wird die bereits mindestens 60 Monate nach einem der EXKLUSIV-SI Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang), so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-SI-Tarifen für diese Person ab Beginn des ersten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 ff. SGB XI (siehe Anhang), wenn und solange die Einstufung in den Pflegegrad 5 erfolgt. Die Einstufung ist nachzuweisen.

2 Beitragsreduzierung bei Pflegebedürftigkeit

Eine Beitragsreduzierung in Höhe von 50 Prozent hingegen erfolgt für die bereits mindestens 60 Monate in einem der EXKLUSIV-SI-Tarife versicherte Person ab Beginn des ersten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 ff. SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung der versicherten Person in den Pflegegrad 4 erfolgt. Wird eine Herabstufung von Pflegegrad 5 in Pflegegrad 4 vorgenommen, beginnt die Beitragsreduzierung mit Ende der Beitragsbefreiung nach Abschnitt E 1.

3 Ende der Besonderheiten zur Beitragszahlung und -reduzierung bei Pflegebedürftigkeit

Die Beitragsfreiheit endet zum Letzten des Monats, in welchem die Leistungen nach Pflegegrad 5 wegfallen.

Die Beitragsreduzierung entfällt entsprechend zum Letzten des Monats, in welchem die Leistungen nach Pflegegrad 4 wegfallen, es sei denn, es erfolgt eine Höherstufung in Pflegegrad 5. In diesem Fall entfällt die Beitragsreduzierung erst mit Einsetzen der Beitragsfreiheit nach Abschnitt E 1.

4 Beitragsbefreiung bei Elternzeit bzw. bei Bezug von Elterngeld

Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person (Elternteil) Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG, siehe Anhang), so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in diesem Tarif ab dem ersten vollen Monat des Elterngeldbezugs (1. des Monats bzw. bei untermonatigem Beginn ab dem 1. des Folgemonats), längstens jedoch für die Dauer von insgesamt sechs Monaten.

Voraussetzung ist, dass der Elternteil zu Beginn des erstmaligen Bezugs von Elterngeld vor der Geburt mindestens zwölf Monate ununterbrochen im Tarif EXKLUSIV-SI (0, 1, 2) versichert ist und der Bezug von Elterngeld dem Versicherer durch den Elterngeldbescheid nachgewiesen wird.

Der Anspruch besteht für jedes Kind, für das Elterngeld bezogen wird. Für Mehrlingsgeburten besteht nur ein Anspruch.

Der dargestellte Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht ebenfalls, wenn der Elternteil wegen Überschreitung der Einkommensgrenze gemäß § 1 Abs. 8 BEEG kein Elterngeld erhält, aber Elternzeit in Anspruch genommen wird und eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 4 BEEG und § 1 Abs. 6 BEEG) erfolgt. Die Bestätigung der Elternzeitnahme ist über die Arbeitgeberbescheinigung zu führen (vgl. § 16 Abs. 1 S. 8 BEEG).

5 Beitragsbefreiung des nachversicherten Kindes

Erfolgt die Nachversicherung eines Kindes gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ab Geburt, so besteht ein Anspruch auf Beitragsbefreiung für den Tarif des Kindes, wenn der Tarif dem des versicherten Elternteils entspricht (z. B. Versicherung des Elternteils in EXKLUSIV-SI 1 → Versicherung des Kindes ebenfalls in Tarif EXKLUSIV-SI 1). Dabei sind für den Geburtsmonat des Kindes sowie die darauffolgenden fünf Monate keine Beiträge zu zahlen.

Voraussetzung für den Anspruch ist, dass für einen Elternteil vor der Geburt mindestens 12 Monate ununterbrochener Versicherungsschutz in diesem Tarif (EXKLUSIV-SI 0, 1, 2) besteht.

6 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung

Die Beitragsbefreiung bzw. Beitragsreduzierung nach den Abschnitten E 1 bis E 5 erfolgen nur, wenn und solange sich der Vertrag nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG befindet (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang). Die genannten Ansprüche sind ebenfalls ausgeschlossen, wenn der versicherte Tarif in Anwartschaft geführt wird.

F 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 1.4, 1.7, 1.8, 1.13, 1.23, 2.3, 2.5, 3.4, 3.6, 3.7 und 4 sowie Abschnitt C 1 und C 2 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.

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C, D, E und F gelten für die R-EXKLUSIV-SI-Tarife 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 leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören. Voraussetzung ist, dass

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

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

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

Waren zu den R-EXKLUSIV-SI-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.

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 (z. B. R-EXKLUSIV-SI).

H Sonstige Bestimmungen

Neben den (R-)EXKLUSIV-SI-Tarifen 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
BEEG:	Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz	SGB IV:	Sozialgesetzbuch - Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
BPflV:	Bundespfllegesatzverordnung	SGB V:	Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
DRG:	Diagnosis Related Groups (deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen)	SGB XI:	Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung
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		