

# Private Krankenversicherung

## Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

**SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.**  
mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland  
Genehmigungs-Nr.: 4002

**Produkt:**  
Produktlinie Klinik

Dieses Blatt dient Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in den Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

### Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Kranken-Zusatzversicherung für stationäre Heilbehandlungen.

Die Tarife KlinikSTART, KlinikPLUS und KlinikTOP1 gibt es jeweils in zwei Varianten, mit und ohne Sonderbedingungen (z. B. KlinikSTARTpur und KlinikSTART). Die Beiträge der Tarife mit Sonderbedingungen (KlinikUNFALLpur, KlinikSTARTpur, KlinikPLUSpur und KlinikTOP1pur) beinhalten keine Alterungsrückstellungen.



### Was ist versichert?

Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART, KlinikSTARTpur, KlinikPLUS, KlinikPLUSpur, KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur:

- ✓ 100 % für das Zweibettzimmer
- ✓ 100 % für wahlärztliche Behandlung
- ✓ 100 % für freie Krankenhauswahl
- ✓ Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die vorgenannten Wahlleistungen
- ✓ 100 % gesetzliche Zuzahlung
- ✓ Optionsrecht
- ✓ Assistenzleistungen, beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe.

Im Tarif KlinikUNFALLpur werden die vorgenannten Leistungen nur erbracht, wenn die stationäre Heilbehandlung auf einen Unfall zurückzuführen ist.

In den Tarifen KlinikSTART, KlinikSTARTpur, KlinikPLUS und KlinikPLUSpur werden die vorgenannten Leistungen nur erbracht, wenn die stationäre Heilbehandlung auf einen Unfall oder auf bestimmte schwere Erkrankungen zurückzuführen ist. Im Tarif KlinikPLUS entfällt diese Einschränkung ab dem 60. Lebensjahr.

Tarife KlinikTOP1 und KlinikTOP1pur zusätzlich:

- ✓ 100 % für das Einbettzimmer bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung (sonst 45 EUR Selbstbeteiligung je Tag; kann durch Hinzuversicherung des Tarifs EKH 45 ausgeglichen werden)
- ✓ 100 % für stationärsersetzende ambulante Operationen



### Was ist nicht versichert?

- X Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
  - X Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
  - X Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- Weitere Einschränkungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen insbesondere in § 5.



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Es gibt Fälle, in denen der Versicherungsschutz eingeschränkt sein kann. Einschränkungen ergeben sich beispielsweise aus den nachfolgend genannten Umständen:

Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART, KlinikSTARTpur, KlinikPLUS und KlinikPLUSpur:

- ! Über den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung sind ärztliche Leistungen nicht erstattungsfähig.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Die aufgeführten Leistungen werden bei stationären Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.
- ✓ Stationäre Heilbehandlungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sind erstattungsfähig, sofern diese nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführen sind.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag sorgfältig prüfen können. Nur so ist sichergestellt, dass die kalkulierten Beiträge auch richtig bemessen sind. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrages) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung - auch einer gesetzlichen - bei einem weiteren Versicherer mit.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles erteilen Sie uns bitte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Die Nichtbeachtung dieser Pflichten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen.



### Wann und wie zahle ich?

- Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.
- Sie können zwischen folgenden Zahlungsweisen wählen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich.
- Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag jeweils am Monatsersten fällig.
- Im Allgemeinen gilt das Lastschriftverfahren. Sie können uns den Beitrag aber auch überweisen.
- Bitte beachten Sie, dass die Nichtzahlung von Beiträgen zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Vertrages führen kann.



### **Wann beginnt und wann endet die Deckung?**

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf evtl. Wartezeiten.
- Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt eine Mindestvertragsdauer von zwei Jahren.
- Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – im Regelfall mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



### **Wie kann ich den Vertrag beenden?**

- Der Vertrag kann von Ihnen jeweils zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.
- Zusätzlich zum oben genannten ordentlichen Kündigungsrecht haben Sie in bestimmten Fällen (z. B. bei einer Beitragsanpassung) auch vorzeitig die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag zu kündigen.



# Informationen zur Krankheitskostenvoll-, Beihilfe- und Zusatzversicherung

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.  
Stand: 01.01.2020



**Deutscher Ring**  
Krankenversicherung

**SIGNAL IDUNA**   
gut zu wissen

# Datenschutz-Informationen

## SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a.G.

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Datenschutz-Informationen sind auch im Internet unter [www.signal-iduna.de/datenschutzinfo](http://www.signal-iduna.de/datenschutzinfo) abrufbar.

### 1 Verantwortlicher

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.  
Sitz: Dortmund, HR B 2405 AG Dortmund

Hausanschriften:

Joseph-Scherer-Straße 3 44139 Dortmund Telefon: 0231 135-0 Telefax: 0231 135-4638	Neue Rabenstraße 15-19 20354 Hamburg Telefon: 040 4124-0 Telefax: 040 4124-2958
--	--

Email: [info@signal-iduna.de](mailto:info@signal-iduna.de)

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie:

- per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz *Datenschutzbeauftragter*,
- per Telefon unter: 0231 135 4630 oder
- per E-Mail unter: [datenschutz@signal-iduna.de](mailto:datenschutz@signal-iduna.de).

### 2 Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung

- der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO),
- des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG),
- der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie
- aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren.

Diese können Sie im Internet unter [www.signal-iduna.de/Verhaltensregeln](http://www.signal-iduna.de/Verhaltensregeln) abrufen.

Wenn Sie einen Antrag stellen, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und um das von uns zu übernehmende Risiko einzuschätzen.

In diesem Zusammenhang verarbeiten wir Ihre Daten auch z. B. zur Angebotserstellung. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir die Daten, um das Vertragsverhältnis durchzuführen zu können. Die Daten benötigen wir beispielsweise,

- um den mit Ihnen vereinbarten Vertragsinhalt zu dokumentieren (Policierung),
- um eine Rechnung zu stellen oder den Beitragseinzug durchzuführen,
- um Rückversicherung durchzuführen,
- für das Forderungsmanagement,
- um eine Leistung zu regulieren,
- zur Beratung oder
- zur Kundenbetreuung.

Wenn ein Leistungsfall eingetreten ist, benötigen wir Angaben zu diesem. Nur so können wir prüfen, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist und wie hoch die tariflichen Leistungen sind.

**Der Versicherungsvertrag kann nicht abgeschlossen oder durchgeführt werden, ohne dass Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden.**

Wir benötigen darüber hinaus Ihre personenbezogenen Daten, um versicherungsspezifische Statistiken zu erstellen. Dies ist z. B. notwendig, um neue Tarife zu entwickeln. Zusätzlich müssen wir auf-

sichtsrechtliche Vorgaben erfüllen. Die Daten aller mit der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehenden Verträge nutzen wir, um die gesamte Kundenbeziehung zu betrachten. Diese wird z. B. berücksichtigt, zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, um Kulanzentscheidungen zu treffen oder um umfassende Auskünfte zu erteilen.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Ein Beispiel hierfür sind Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im späteren Leistungsfall. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Wenn Sie der Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke eingewilligt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO gegeben.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Haben vor dem Widerruf Verarbeitungen stattgefunden, sind diese davon nicht betroffen.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein,

- um die IT-Sicherheit des IT-Betriebs zu gewährleisten,
- um Produkte und Services zu entwickeln,
- um die Qualität unserer Prozesse und Services zu verbessern, z. B. durch Kundenzufriedenheitsbefragungen,
- um Straftaten zu verhindern und aufzuklären (Die Analyse der Daten hilft Hinweise zu erkennen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.),
- zur Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten,
- zur zielgerichteten und bedarfsgerechten Werbung und Information zu unseren eigenen Versicherungsprodukten und anderen Produkten der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe und deren Kooperationspartner und für Markt- und Meinungsumfragen, ggfs. unter Verwendung eines Marketingscores,
- um ein besseres Verständnis für Ihren Bedarf und Ihre Wünsche zu erhalten, z. B. durch Zuordnung zu einer Berufsgruppe,
- um das Unternehmen zu steuern (z. B. Prozessverbesserungen, Controlling, Berichtswesen) sowie
- zur Einholung von Bonitätsauskünften z.B. im Rahmen des Forderungsmanagements oder der Leistungsfallprüfung.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten auch, um bestehende handelsrechtliche Verpflichtungen gegenüber dem Vermittler zu erfüllen. Das betrifft insbesondere die Abrechnung seiner Vergütung. Dieser Fall tritt natürlich nur ein, wenn der Antrag von einem Vermittler eingereicht wurde.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Darunter fallen z. B.

- aufsichtsrechtliche Vorgaben,
- handels- und steuerrechtliche Aufbewahrungspflichten,
- unsere Beratungspflicht oder
- die Bearbeitung von Beschwerden.

Zudem sind wir aufgrund gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und vermögensgefährdender Straftaten verpflichtet. Dabei nehmen wir auch Datenauswertungen (u. a. im Zahlungsverkehr) vor. Diese Maßnahmen dienen zugleich Ihrem Schutz.

Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesen Fällen die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

### 3 Datenquellen

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung, z. B. über den Antrag, von Ihnen erhalten. Das kann auch Daten über Dritte betreffen, die wir von Ihnen erhalten und verarbeiten. Dritte können in diesem Fall z. B. Mitversicherte, Beitragszahler und Pflegepersonen sein.

Wenn es für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich ist, verarbeiten wir auch weitere personenbezogene Daten, die wir von Dritten erhalten, z. B. von

- anderen Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe,
- für Sie zuständigen Vermittlern / Beratern / Partnern oder
- sonstigen Dritten (z. B. Wirtschaftsauskunfteien).

Die Daten erhalten wir zulässigerweise im Moment und zukünftig. Dies ist notwendig, um z. B. Aufträge auszuführen, Verträge zu erfüllen oder aufgrund einer von Ihnen erteilten Einwilligung.

Wir verarbeiten auch personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen zulässigerweise gewonnen haben. Diese Quellen sind z. B.

- Ihre Einträge in sozialen Medien, die von der SIGNAL IDUNA angeboten werden,
- die Internet-Seite des SIGNAL IDUNA Konzerns,
- öffentliche Register,
- Adressbücher oder
- die Presse.

### 4 Datenkategorien

Relevante Kategorien personenbezogener Daten sind u. a.

- Identifikations- und Authentifikationsdaten (z. B. Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtsdatum, Beruf, Familienstand),
- weitere Stamm- und Vertragsdaten, z. B. Angaben über die bestehenden Verträge, Zahlungsdaten, Rollen der betroffenen Person (z. B. Versicherungsnehmer, versicherte Person, Beitragszahler, Pflegeperson),
- sofern erforderlich besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten, biometrische Daten, Daten über die Gewerkschaftszugehörigkeit),
- Daten aus der Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. Leistungsdaten),
- Informationen über Ihre finanzielle Situation (z. B. Bonitätsdaten, Scoring-/Ratingdaten, Vermögenswerte),
- Dokumentationsdaten (z. B. Beratungsprotokoll),
- Daten darüber, wie Sie unsere angebotenen Telemedien nutzen (z. B. Zeitpunkt des Aufrufs unserer Webseiten, Apps oder Newsletter, angeklickte Seiten bzw. Einträge),
- Werbe- und Vertriebsdaten zur Person, über Sachwerte und Liquiditäts- sowie Finanzplanung,
- Daten zu Kundenkontakten und Vorgangsbearbeitung.

### 5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Aufgaben der Datenverarbeitung für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Das betrifft Sie, wenn ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht. In diesem Fall werden Ihre Daten dann zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet, z. B.

- zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten,
- für den telefonischen Kundenservice,
- zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung,
- für In- und Exkasso,
- zur gemeinsamen Postbearbeitung.

In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Deshalb kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln. Nur so kann sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen.

#### Vermittler:

Werden Sie bzgl. Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags- und Vertragsdaten. Unser Unternehmen übermittelt diese Daten auch an die Sie betreuenden Vermittler. Dies erfolgt soweit die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt werden.

#### Externe Dienstleister:

Um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen, bedienen wir uns zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang entnehmen. Die jeweils aktuelle Version dieser Liste finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.signal-iduna.de/Dienstleisterliste](http://www.signal-iduna.de/Dienstleisterliste).

#### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln. Das betrifft Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Strafverfolgungsbehörden oder Aufsichtsbehörden), andere private Krankenversicherer zwecks Weitergabe der Übertragungswerte in der Krankenvollversicherung oder solche für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben.

### 6 Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Ihre personenbezogenen Daten können für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können. Hier gelten gesetzliche Verjährungsfristen von drei oder bis zu 30 Jahren. Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

### 7 Betroffenenrechte

Sie können über die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie verlangen, dass Ihre Daten berichtigt werden. Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie auch verlangen, dass Ihre Daten gelöscht werden. Ihnen kann weiterhin ein Recht zustehen, dass Ihre Daten nur eingeschränkt verarbeitet werden. Sie haben ebenfalls das Recht, dass Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung gestellt werden.

### 8 Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung (inkl. Profiling) zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.**

**Der Widerspruch wirkt für die Zukunft und kann formfrei erfolgen. Bitte richten Sie den Widerspruch an die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen.**

## 9 Beschwerderecht

Sie können sich mit einer Beschwerde an die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde wenden. Die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen,

deren Kontaktdaten Sie auf unserer Homepage unter [www.signal-iduna.de/datenschutzbeschwerde](http://www.signal-iduna.de/datenschutzbeschwerde) finden.

## 10 Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggfs. Geburtsdatum) im Rahmen der Antragsprüfung aufgrund Ihrer Einwilligung oder im Verlauf der Geschäftsbeziehung aufgrund eines berechtigten Interesses zum Zweck der Bonitätsprüfung und dem Bezug von Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos, die auf Basis von mathematisch-statistischen Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten ermittelt wurden, an

- Infoscore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden.
- Credireform Dortmund/Witten Scharf KG, Phoenixseestraße 4, 44263 Dortmund oder
- Creditsafe Deutschland GmbH, Schreiberhauerstraße 30, 10317 Berlin.

Bei den o. g. Unternehmen können Sie detaillierte Informationen i. S. d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO), d.h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. einholen. Für ICD finden Sie diese unter <http://www.finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

## 11 Datenübermittlung in ein Drittland

Datenübermittlungen an Empfänger in Drittländern (Länder außerhalb der EU und des Europäischen Wirtschaftsraums) ergeben sich z. B. im Rahmen der Administration, der Entwicklung und des Betriebs von IT-Systemen. Die Übermittlung erfolgt nur, wenn diese

- a) grundsätzlich zulässig ist und
- b) die besonderen Voraussetzungen für eine Übermittlung in ein Drittland vorliegen.

Insbesondere der Datenimporteur muss geeignete Garantien nach Maßgabe der EU-Standarddatenschutzklauseln für die Übermittlung personenbezogener Daten an Auftragsverarbeiter in Drittländern gewährleisten. Grundlage sind die Bestimmungen der Datenschutzgesetze.

Besonderheiten ergeben sich, wenn sich der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person in einem Drittland befinden. Dann kann es erforderlich sein, Daten im Einzelfall in ein Drittland ohne geeignete Garantien zu übermitteln. Das kann z. B. der Fall sein, wenn Sie einen Leistungsfall haben und wir Ihnen nur so helfen können.

Wenn im Einzelfall Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

Detaillierte Informationen können Sie bei Bedarf über die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen anfordern.

## 12 Vollautomatisierte Entscheidungen und Profiling

### Vollautomatisierte Entscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben entscheiden wir in bestimmten Fällen vollautomatisiert z. B. über

- das Zustandekommen oder die Umstellung Ihres Vertrages,
- tariflich geregelte Beitragsanpassungen und -rückerstattungen,
- die Erstattung von Versicherungsleistungen,
- Maßnahmen im Rahmen des Forderungsmanagements.

Die Entscheidungsfindung erfolgt über vorher vom Unternehmen festgelegte Regelungen und Methoden. Diese werden z. B. abgeleitet aus

- gesetzlichen Vorgaben,
- Versicherungs- und Tarifbedingungen,
- Annahmerichtlinien,
- verbindlichen Entgeltregelungen für Heilbehandlungen (z. B. Gebührenordnungen für Ärzte sowie Zahnärzte),
- Angaben zum Zahlungsverhalten in Verbindung mit den fälligen Beiträgen oder
- weiteren Bearbeitungsrichtlinien.

Diese Kriterien werden in Bezug zu Ihren für die Entscheidung relevanten Daten gesetzt. Das können z. B. Vertragsdaten, Leistungsdaten und Daten zur Beitragszahlung sein.

Wenn Sie Fragen zu einer Sie betreffenden Entscheidung haben oder falls Sie mit der Entscheidung nicht einverstanden sind, wenden Sie sich gerne über die unter Punkt 1 genannten Kontaktdaten des Verantwortlichen an unsere Mitarbeiter. So können Sie das Eingreifen einer Person bewirken, Sie können Ihren Standpunkt darlegen und offene Fragen zu dem Vorgang klären.

### Profiling

Wir verarbeiten Ihre Daten teilweise automatisiert mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten (Profiling). Dazu verwenden wir mathematisch-statistisch anerkannte und bewährte Verfahren.

Wir setzen Profiling z. B. zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos im Rahmen der Vertragsanbahnung ein.

Auf Basis der berechtigten Interessen des Versicherers gem. Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO nutzen wir Profiling beispielsweise,

- um Sie zielgerichtet über Produkte informieren und beraten zu können. Dafür werden Ihre Daten über geeignete Verfahren bereitgestellt. Diese ermöglichen eine bedarfsgerechte Kommunikation und Werbung. Eingeschlossen sind hier auch die Markt- und Meinungsumfragen,
- um mit einem Marketingscore werbliche und bedarfsgerechte Zielgruppenansprache vornehmen zu können. Dazu werden Name, Anschrift und Geburtsdatum an eine Auskunftsfirma übermittelt, die in der Dienstleisterliste aufgeführt ist. Detaillierte Informationen über die Auskunftsfirma, z. B. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung und Berichtigung etc. können Sie bei dem genannten Unternehmen jederzeit einholen,
- um Kundenzufriedenheitsbefragungen gezielt durchführen zu können. Aus den Befragungsergebnissen erhalten wir Erkenntnisse, um unseren Service zu verbessern und unsere Prozesse zu optimieren.

Sollten Sie uns Ihre entsprechende Einwilligung erteilen, können wir Profiling zusätzlich einsetzen, um Ihnen bedarfsgerechte Serviceleistungen im Krankheitsfall sowie Vorsorgeleistungen zur Verfügung stellen zu können.

## Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

Nachstehend erhalten Sie zu Ihrer Information eine Übersicht der mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe kooperierenden Unternehmen. Im Rahmen von Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitungen sowie der Betreuung durch zuständige Vermittler kann eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an diese Unternehmen erforderlich werden. Der Aufstellung können Sie zusätzlich entnehmen, an welche der Unternehmen ggf. auch Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

### Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

<ul style="list-style-type: none"> <li>● SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. *</li> <li>● SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. *</li> <li>● SIGNAL IDUNA Unfallversicherung a. G. *</li> <li>● SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG *</li> <li>● SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG *</li> <li>● PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft *</li> <li>● ADLER Versicherung AG *</li> <li>● SIGNAL IDUNA Sterbekasse VVaG *</li> <li>● DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● DONNER &amp; REUSCHEL Aktiengesellschaft</li> <li>● HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH</li> <li>● HANSAINVEST Real Assets GmbH</li> <li>● SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH</li> <li>● SIGNAL IDUNA Bauspar AG</li> <li>● SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung</li> <li>● SIGNAL IDUNA Select Invest GmbH</li> <li>● SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG</li> </ul>
--	--

### Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe \*) beauftragten Dienstleister

#### a) in Einzelnenennung

Auftraggeber	Auftragnehmer/ Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten	Übermittlung an Drittländ	Garantien
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	ROLAND Assistance GmbH	Kundenservice, telefonischer Kundendienst, Unterstützung bei Pflege-Leistungsfällen und Erbringung von Assistance- und Serviceleistungen für Versicherte	ja	nein	
	Schröder Assistance und Consulting GmbH	Kundenservice, telefonischer Kundendienst	ja	nein	
	BSGV Bochumer Servicegesellschaft für Versicherer mbH	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja	nein	
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein	nein	
	Actineo GmbH	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja	nein	
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst, Erbringung von Assistance- und Serviceleistungen für Versicherte im Ausland	ja	nein	
	IHR Rehabilitations-Dienst GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst, Assistanceleistungen	ja	nein	
	ARA GmbH – Auto- und Reise-Assistance	Durchführung und Vermittlung sowie Schadenregulierung von Assistance- und Serviceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja	nein	
	KSP Kanzlei Dr. Seegers, Dr. Frankenheim Rechtsanwalts-gesellschaft mbH	Forderungsmanagement	nein	nein	
	HFG Inkasso GmbH	Langzeitverfolgung von Forderungen	nein	nein	
	Infoscore Consumer Data GmbH	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Creditreform Dortmund/Witten Scharf KG	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Creditsafe Deutschland GmbH	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Canon Deutschland Business Service GmbH	Druck und Versand von Kundenbriefen	ja	nein	
Deutsche Post AG	Identifikation und Legitimation von Personen durch das Postident-Verfahren	nein	nein		
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja	nein	
	MedX GmbH, Hamburg	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja	nein	
	IBM Deutschland GmbH	Übermittlung / Anreicherung von Gesundheitsdaten, Betrieb von Software	ja	nein	
	LM+ Leistungsmanagement GmbH	Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.; SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG	xbAV Beratungssoftware GmbH	Beratungs- und Angebotssoftware	ja	nein	
	Pro Claims Solutions GmbH	Unterstützung bei BU-Leistungsfällen	ja	nein	
	Swiss Post Solutions GmbH	Unterstützung in der Antrags-/ Vertragsbearbeitung	ja	nein	
	Creditreform Hamburg von der Decken KG	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	CRIF Bürgel GmbH	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Info Partner KG	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	

**Übersicht der wichtigsten Partner und von den Versicherungsgesellschaften (siehe \*) beauftragten Dienstleister**

**a) in Einzelnenennung - Fortsetzung**

Auftraggeber	Auftragnehmer/ Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten	Übermittlung an Drittland	Garantien
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG	KASKO Germany UG	Online-Vertragsschluss und Vertragsverwaltung	nein	nein	
	ALLCURA Versicherungs-AG	Antragsprüfung und Underwriting	nein	nein	
	Perseus Technologies GmbH	Schadenbehebung, Erste-Hilfe-Hotline	nein	nein	
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft, ADLER Versicherung AG	VdS Schadenverhütung GmbH	Risikoermittlung im Zusammenhang mit Überschwemmung, Rückstau und Starkregen	nein	nein	
	SkenData GmbH	Ermittlung des Versicherungswertes	nein	nein	

**b) in Kategorien von Dienstleistern**

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten	Übermittlung an Drittland**	Garantien
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Konzerninterne Dienstleistungen	Vertrieb, Abschluss, Abwicklung und Verwaltung von Verträgen, Buchhaltung	ja	nein	
	IT-Dienstleistungen / Rechenzentrum / Backup-Rechenzentrum / Online-Anträge und Abschlüsse	Bereitstellung von IT-Kapazitäten, Hard- und Software einschließlich Wartung	ja	ja	Binding Corporate Rules
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen, Adressermittler	Recherchen, Wirtschaftsauskünfte	nein	nein	
	Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte	Buchprüfung, Prozessführung	ja	nein	
	Ärzte, Gutachter, Dolmetscher	Med. Untersuchungen, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	ja	nein	
	Assisteure, Reha-Dienste	Erbringung Assistancelleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja	ja	Binding Corporate Rules
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein	nein	
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung, Entsorgung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen, Daten- und Datenträgerentsorgung/-vernichtung	ja	nein	
	Telefonischer Kundendienst	Telefonische Entgegennahme von Kundenanliegen, Leistung	ja	nein	
	Markt- und Meinungsforschungsinstitute	Durchführung von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, Kunden- und Außendienstbefragungen	nein	nein	
	Inkassounternehmen	Realisierung von titulierten Forderungen	nein	nein	
	Rechtsanwaltskanzleien	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja	nein	
	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja	nein	
	Werkstätten, Handwerksbetriebe, Mietwagenunternehmen	Reparaturen, Sanierungen, Ersatz	nein	ja	Binding Corporate Rules, EU-US Privacy Shield
	Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja	nein	
	Digitale Agenturen	Erstellung und Verwaltung von Online Inhalten, Homepages der Aussendienstpartner	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja	nein	
	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.; SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG	Rückversicherer	Unterstützungsleistungen und Begutachtungen im Antragsverfahren und im Rahmen der Leistungsprüfung	ja	nein	
	Onlinebasierte Risikoprüfungsplattform	Antragsaufnahme	ja	nein	
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG; ADLER Versicherung AG	Assekuradeure	Antrags-/Vertragsbearbeitung, Inkasso, Sachschadenregulierung	ja	nein	

\*\* Die Angabe, dass Daten bei Erforderlichkeit zweckbestimmt in ein Drittland übermittelt werden, erfolgt bereits, wenn dies nur auf einen einzelnen Dienstleister innerhalb einer Kategorie zutrifft.



## Kundeninformation zur Krankenversicherung und/oder privaten Pflegepflichtversicherung

### Informationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Im Rahmen der Beantragung des von Ihnen gewünschten Versicherungsschutzes erhalten Sie von uns verschiedene Dokumente (z. B. Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID), Versicherungsbedingungen, ggf. Produktvorschlag) mit für Sie wichtigen Informationen.

Nachfolgend haben wir für Sie besonders wichtige Punkte aus diesen Dokumenten noch einmal zusammengestellt und teilweise ergänzt.

### Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers sowie vertretungsberechtigte Personen

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Joseph-Scherer-Str. 3  
44139 Dortmund

Telefon: 0231 135-0  
Telefax: 0231 135-4638  
Internet: [www.signal-iduna.de](http://www.signal-iduna.de)  
E-Mail: [info@signal-iduna.de](mailto:info@signal-iduna.de)

Handelsregister B 2405, Amtsgericht Dortmund

Vertreten durch die Vorstände:  
Ulrich Leitermann (Vorsitzender),  
Martin Berger, Dr. Christian Bielefeld, Dr. Karl-Josef Bierth,  
Dr. Stefan Kutz, Torsten Uhlig, Clemens Vatter

Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Reinhold Schulte

### Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungsverträgen.

### Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Krankenversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 124 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Mediator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Ihr Versicherer, die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G., gehört dem Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung an.

### Gültigkeit der zur Verfügung stehenden Informationen

Die übergebenen Informationen haben zu dem von Ihnen beantragten Versicherungsbeginn Gültigkeit.

### Beitragsnachlass

Für Ihren Vertrag wird bei jährlicher Zahlungsweise ein Beitragsnachlass von 1 % gewährt; dies gilt nicht für den Tarif PflegeBAHR.

### Hinweis auf Kapitalanlage-Risiken

Die Berechnung des zur Deckung der Versicherungsleistungen jeweils notwendigen Beitrages beinhaltet auch die Berücksichtigung des Kapitalanlageergebnisses. Dessen Höhe ist abhängig von der Entwicklung auf den Kapitalmärkten.

Auf Grund von Schwankungen an den Kapitalmärkten können auch bei einer risikobewussten ausgewogenen Anlagepolitik in der Vergangenheit erzielte Ergebnisse nicht für die Zukunft garantiert werden.

### Zustandekommen des Vertrages

Auf Ihren Antrag hin erhalten Sie durch den Versicherer einen Versicherungsschein, der die Annahme des Antrages und den Versicherungsschutz dokumentiert.

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein,

die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:  
SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.  
Joseph-Scherer-Str. 3  
44139 Dortmund

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:  
(0231) 1 35 - 46 38

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:  
[info@signal-iduna.de](mailto:info@signal-iduna.de)

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 des Monatsbeitrages multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrages entnehmen Sie dem Antrag bzw. dem Versicherungsschein. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

### Anwendbares Recht/zuständiges Gericht

Ihrem Vertrag liegt das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde, auch betreffend die vor Vertragsschluss bestehende Beziehung zwischen den Vertragsparteien.

Das zuständige Gericht für den Vertrag ist das Gericht am Sitz des Versicherers (d. h. Dortmund) oder dasjenige Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat (§ 215 VVG).

### Sprachen der Vertragsbedingungen und der Vertragsinformationen/Sprache der Kommunikation von Versicherer und Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit

Die Versicherungsbedingungen und die vorab ausgehändigten Informationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Wir verpflichten uns, die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache zu führen.

### Möglichkeiten des Zugangs zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Um dem Versicherungsnehmer den Zugang zu einer außergerichtlichen Einigung bei Beschwerden oder Meinungsverschiedenheiten zwischen ihm und dem Versicherer zu ermöglichen, kann eine Schlichtungsstelle nach § 214 VVG eingeschaltet werden. Der Schlichtungssuchende kann sich wenden an den

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin

Die Möglichkeit der Parteien, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

### Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde kann auch direkt gerichtet werden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn

## Zusätzliche Kundeninformation zur substitutiven Krankenversicherung

### Informationen nach § 3 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Diese zusätzliche Verbraucherinformation gilt nur für die substitutive Krankenversicherung, d. h. eine Krankenversicherung, die geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz oder teilweise zu ersetzen.

#### Auswirkung steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung

Die Berechnung der Beiträge zur privaten Krankenversicherung erfolgt unter der Annahme, dass das zur Zeit des Vertragsabschlusses vorliegende Niveau der Krankheitskostenausgaben auch für die Zukunft unverändert bleibt. Durch den medizinischen Fortschritt, geänderte Preise für Gesundheitsleistungen und veränderter Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen können sich diese Voraussetzungen jedoch ändern. Diese Veränderungen können nicht - und dürfen aufgrund der geltenden gesetzlichen Regelungen auch nicht - im Voraus bei der Kalkulation der Beiträge berücksichtigt werden, sondern sind erst nach ihrer Feststellung einzurechnen. Somit kann in der Zukunft die Notwendigkeit entstehen, dass die Beiträge an diese neuen Gegebenheiten entsprechend anzupassen sind. Die Entwicklung der vergangenen Jahre legt dabei nahe, dass in vielen Leistungsbereichen auch weiterhin mit einer Steigerung der Krankheitskostenausgaben zu rechnen ist.

#### Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter

Auch für die Zukunft sind in allen Krankenversicherungssystemen steigende Krankheitskosten zu erwarten. Damit die daraus resultierenden Beitragsanpassungen zukünftig noch weiter minimiert oder sogar ganz vermieden werden können, zahlen seit dem 01.01.2000 alle „neuen“ privat Vollversicherten vom 22. bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird, einen gesetzlichen Vorsorgezuschlag von 10 % des Beitrages der Krankheitskostenvollversicherung.

Zusätzlich werden für die Versicherten die Zinsen aus der Altersrückstellung, die über den einkalkulierten Rechnungszins hinausgehen, zu 90 % gutgeschrieben.

Aus dem Vorsorgezuschlag und aus den Überschüssen entstehen somit während der Laufzeit des Krankenversicherungsvertrages erhebliche Mittel, die ab dem vollendeten 65. Lebensjahr zur teilweisen oder vollen Finanzierung erforderlicher Beitragserhöhungen eingesetzt werden. Für den einzelnen Versicherten hängt die konkrete Höhe der zur Finanzierung vorhandenen Mittel jedoch von einer Vielzahl von Faktoren ab - insbesondere auch vom jeweils zurückgelegten Vertragsverlauf. Je nach Umfang der vorhandenen Mittel kann ab Alter 65 eine weitestgehende Beitragsstabilität erreicht werden. Sogar effektive Beitragssenkungen können vorkommen. Nach dem derzeitigen Willen des Gesetzgebers ist dies aber erst ab dem vollendeten 80. Lebensjahr möglich.

Eine Reduzierung des Beitrags kann ggf. durch eine Umstufung in andere Tarife oder durch eine Erhöhung des Selbstbehaltes erreicht werden, wodurch es aber auch zu geringeren Leistungen gegenüber dem bisherigen Leistungsumfang kommen kann.

Ältere Vollversicherte, deren Krankheitskostenvollversicherungsvertrag bis zum 31.12.2008 geschlossen wurde, haben unter bestimmten Voraussetzungen zudem die Möglichkeit einen Wechsel in den Standardtarif vorzunehmen und erhalten hierüber eine Höchstbeitragsgarantie. Der Standardtarif beinhaltet mit der GKV vergleichbare Leistungen und stellt sicher, dass jede versicherte Person niemals mehr zu zahlen hat, als den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV. Für Ehepaare gilt unter bestimmten Voraussetzungen sogar eine gemeinsame Beitragsbegrenzung auf den 1,5-fachen Höchstbeitrag.

Daneben besteht für diese Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen und zudem für Personen, die sich ab 2009 neu versichert haben, die Möglichkeit in den Basistarif zu wechseln, der dem Leistungsniveau der GKV entspricht. Der Beitrag dieses Tarifs ist auf den allgemeinen GKV-Höchstbeitrag zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes begrenzt.

Besteht für die Versicherung im Basistarif Hilfebedürftigkeit im Sinne SGB II oder SGB XII, gibt es Möglichkeiten zur Beitragsminderung für die Dauer der Hilfebedürftigkeit.

#### Wechselmöglichkeiten in die gesetzliche Krankenversicherung im fortgeschrittenen Alter

Mit dem Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages ist für ältere Versicherte in der Regel eine Rückkehrmöglichkeit in die gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr gegeben.

#### Wechselmöglichkeiten innerhalb der privaten Krankenversicherung im fortgeschrittenen Alter

Für ältere Versicherte ist in der Regel ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung nicht mehr empfehlenswert und mit höheren Beiträgen verbunden. Generell hat ein Wechsel des Versicherers Nachteile. Häufig sind die Leistungen beim Mitbewerber schlechter. Sie müssen möglicherweise Wartezeiten, also Zeiten ohne Versicherungsschutz in Kauf nehmen bzw. - je nach Gesundheitszustand - mit Risikozuschlägen rechnen. Angesammelte Altersrückstellungen sowie der eingezahlte Vorsorgezuschlag werden nur unter bestimmten Voraussetzungen und nur in einem gesetzlich festgelegten Umfang übertragen. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattungen geht Ihnen zudem verloren.

#### Umstellung in den Notlagentarif

Zum 1. August 2013 ist das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung durch Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ in Kraft getreten. Dieses beinhaltet u. a. den brancheneinheitlichen Notlagentarif. In diesem Tarif werden alle Personen eines Krankenversicherungsvertrages solange versichert, wie der Vertrag wegen Nichtzahlung der Beiträge ruht.

## Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

---

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

---

### 1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

### 2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer - mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.<sup>1</sup> Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

---

<sup>1</sup> Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

# Satzung

## Allgemeine Bestimmungen

### § 1 Name, Zweck, Sitz

(1) Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit.

(2) Zweck des Vereins ist die Übernahme von Krankenversicherungen jeder Art sowie die Mit- und Rückversicherung gleicher Art im In- und Ausland.

(3) Der Verein ist befugt, sich an anderen Unternehmungen, deren Gegenstand mit dem Zweck des Vereins in wirtschaftlichem Zusammenhang steht, zu beteiligen. Er ist insbesondere befugt, für andere Versicherungsunternehmen Versicherungsgeschäfte oder solche Geschäfte zu betreiben, die mit der Versicherungstätigkeit in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Weiterhin ist der Verein befugt, in den von ihm nicht betriebenen Versicherungszweigen sowie Bauspar-, Investment- und anderen Geschäften, die mit dem Zweck des Vereins in unmittelbarem Zusammenhang stehen, als Vermittler tätig zu werden.

(4) Der Verein hat seinen Sitz in Dortmund.

(5) Der allgemeine Gerichtsstand ist Dortmund.

(6) Der Verein veröffentlicht seine Bekanntmachungen im Bundesanzeiger.

### § 2 Mitgliedschaft

(1) Wer mit dem Verein für sich oder zugunsten Dritter einen Versicherungsvertrag abschließt, wird für die Dauer des Versicherungsverhältnisses Mitglied des Vereins.

(2) Der Verein ist berechtigt, auch Versicherungsverträge gegen feste Beiträge mit der Bestimmung abzuschließen, dass der Versicherungsnehmer nicht Mitglied wird. Auf solche Verträge darf nicht mehr als ein Zehntel der Jahresbeitragseinnahme entfallen.

### § 3 Beiträge

Die Mitglieder haben wiederkehrende, im voraus zu erhebende Beiträge zu entrichten, deren Höhe und Zahlungsweise in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen geregelt sind. Zu Nachschüssen sind die Mitglieder nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden.

## Verfassung

### A. Vorstand

#### § 4 Zusammensetzung

(1) Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Mitgliedern.

(2) Zur Vertretung des Vereins bedarf es der Mitwirkung zweier Vorstandsmitglieder oder eines Vorstandsmitgliedes in Gemeinschaft mit einem Prokuristen.

#### § 5 Aufgaben

(1) Der Vorstand hat nach Maßgabe der Gesetze und der Satzung den Verein unter eigener Verantwortung so zu leiten, wie es das Wohl der Versicherten, des Betriebes und seiner Mitarbeiter erfordert. Der Vorstand ist ermächtigt, Allgemeine Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder mit Zustimmung des Aufsichtsrates einzuführen oder zu ändern.

(2) Der Vorstand bestellt die Prokuristen und Bevollmächtigten.

(3) Zur Vertretung Dritten gegenüber sind die Vorstandsmitglieder von der Beschränkung des § 181 BGB befreit.

### B. Aufsichtsrat

#### § 6 Zusammensetzung, Wahlen, Amtsdauer

(1) Der Aufsichtsrat besteht aus 21 Mitgliedern.

(2) Sofern nicht die Mitgliederversammlung bei der Wahl eine kürzere Amtszeit festlegt, erfolgt die Bestellung für einen Zeitraum, der bis zur Beendigung der Mitgliederversammlung dauert, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet.

(3) Ergänzungswahlen erfolgen für den Rest der Amtszeit eines ausgeschiedenen Mitgliedes in der nächsten Mitgliederversammlung.

(4) Die Mitgliedervertretung kann die Bestellung eines von ihr gewählten Aufsichtsratsmitgliedes aus wichtigen Gründen mit Zweidrittelmehrheit widerrufen.

(5) Ein Mitglied des Aufsichtsrates kann sein Amt jederzeit durch schriftliche Erklärung in der Weise niederlegen, dass es mit Ablauf der nächsten ordentlichen Versammlung der Mitgliedervertretung ausscheidet. Eine fristlose Niederlegung des Aufsichtsratsamtes ist zulässig, wenn ein wichtiger Grund vorliegt oder der Vorsitzende des Aufsichtsrates damit einverstanden ist.

#### § 7 Geschäftsordnung, Vorsitz, Vergütung

(1) Der Aufsichtsrat gibt sich seine Geschäftsordnung selbst; er ist berechtigt, einzelne seiner Geschäfte Ausschüssen zu übertragen.

(2) Der Aufsichtsrat wählt unverzüglich nach Beginn seiner Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und bis zu vier Stellvertreter.

(3) Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten außer dem Ersatz ihrer baren Auslagen eine jährliche Vergütung, deren Höhe die Mitgliedervertretung beschließt.

(4) Der Aufsichtsrat hat zu seinen Sitzungen und den Sitzungen seiner Ausschüsse die Vorstandsmitglieder einzuladen, sofern nicht deren persönliche Angelegenheiten beraten werden sollen.

#### § 8 Aufgaben

Außer den gesetzlich festgelegten Rechten und Pflichten obliegt dem Aufsichtsrat insbesondere:

- Bestellung der Mitglieder des Vorstandes und Regelung ihrer Dienstverhältnisse,
- Bestimmung eines Abschlussprüfers gemäß § 341k Abs. 2 HGB in Verbindung mit § 318 Abs. 1 HGB,
- Bestellung des Treuhänders für das Sicherungsvermögen und seines Stellvertreters gemäß §§ 128 und 129 VAG,
- Bestellung des Verantwortlichen Aktuars gemäß §§ 156 Abs. 1, 141 Abs. 3 VAG,
- Zustimmung zu dauernden Vermögensanlagen von besonderer Bedeutung,
- Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen anderer Unternehmungen,
- Zustimmung zu Einführung und Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder,
- Beschlussfassung über Änderungen der Satzung, die nur deren Fassung betreffen oder die von der Aufsichtsbehörde vor Genehmigung des Änderungsbeschlusses verlangt werden.

### C. Mitgliedervertretung

#### § 9 Zusammensetzung, Wahlen

(1) Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ des Vereins.

(2) Die Mitgliedervertretung besteht aus mindestens 36, höchstens 92 Mitgliedervertretern. Die Mitgliedervertretung kann in diesem Rahmen die Zahl der Mitgliedervertreter jederzeit durch Zuwahl erhöhen.

(3) Als Mitgliedervertreter können nur Vereinsmitglieder gewählt werden. Mitglieder des Aufsichtsrates und des Vorstandes können der Mitgliedervertretung nicht angehören.

(4) Mitgliedervertreter scheidern aus der Mitgliedervertretung aus, wenn sie die Mitgliedschaft verlieren, das Insolvenzverfahren über ihr Vermögen eröffnet wird oder sie durch rechtskräftiges Urteil die Fähigkeit verlieren, öffentliche Ämter zu bekleiden.

(5) Erlischt das Amt eines Mitgliederververtreters gemäß Absatz 4, so kann die Mitgliedervertretung einen Nachfolger für den Rest der Amtszeit des Ausgeschiedenen wählen. In allen anderen Fällen bestimmt die Mitgliedervertretung die Amtszeit, die so bemessen ist, dass die in Absatz 7 vorgesehene Regelung laufend eingehalten werden kann.

(6) Wenn die Mitgliedervertretung ihre Auflösung mit Zweidrittelmehrheit beschließt oder mindestens 5000 Mitglieder schriftlich die Auflösung der Mitgliedervertretung fordern, findet eine Neuwahl der Mitgliedervertretung durch alle Mitglieder statt.

(7) Die ordentliche Amtszeit der Mitgliedervertreter beträgt vier Jahre. Sie beginnt mit Beendigung der Mitgliederversammlung, auf der die Wahl erfolgt und endet mit Beendigung der vierten, der Wahl folgenden ordentlichen Mitgliederversammlung (§ 10 Abs. 1). Die Mitgliedervertretung besteht

aus vier Gruppen A, B, C und D mit je 9 bis 23 Mitgliedervertretern. Alljährlich scheidet turnusmäßig eine Gruppe aus; sie wird durch Neuwahl ersetzt.

(8) Eine Wiederwahl der ausgeschiedenen Mitgliedervertreter ist zulässig. Die gesamte Amtszeit eines Mitgliedervertreters darf insgesamt höchstens zwölf Jahre betragen.

(9) Bei Neuwahlen oder Ergänzungswahlen muss die regionale Verteilung des Mitgliederbestandes in der Mitgliedervertretung entsprechend berücksichtigt werden.

(10) (Übergangsvorschrift zu den auf der ordentlichen Mitgliederversammlung in 2011 beschlossenen Änderungen der Absätze 2, 7 und 8)

Die bestehende Mitgliedervertretung teilt durch Beschluss der in 2012 stattfindenden Mitgliederversammlung die amtierenden Mitgliedervertreter unter Berücksichtigung der Regelung des Absatzes 9 auf die nach Absatz 7 Satz 3 einzurichtenden vier Gruppen A, B, C und D auf. Die Amtszeit der auf die vier Gruppen aufgeteilten Mitgliedervertreter endet im Hinblick auf Absatz 7 Satz 4 erstmals

- a) für die der Gruppe A zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2013 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- b) für die der Gruppe B zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2014 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- c) für die der Gruppe C zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2015 stattfindenden Mitgliederversammlung,
- d) für die der Gruppe D zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2016 stattfindenden Mitgliederversammlung.

Für die nach Ziffer 8 vorzunehmenden Berechnung der Höchstzeit der gesamten Amtszeit eines Mitgliedervertreters ist die bis zur Beendigung der ordentlichen Mitgliederversammlung 2011 zurückgelegte bisherige Amtszeit der amtierenden Mitgliedervertreter nicht zu berücksichtigen.

#### § 10 Ort, Einberufung, Vorsitz

(1) Ordentliche Mitgliederversammlungen finden alljährlich innerhalb der ersten acht Monate des Geschäftsjahres statt. Weitere Mitgliederversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder auf begründeten schriftlichen Antrag von mindestens einem Viertel der Mitgliedervertreter einberufen werden. Die Mitgliederversammlungen finden am Sitz des Vereins bzw. einer Organisations- oder Gebietsdirektion der SIGNAL IDUNA Gruppe statt.

(2) Die Mitgliedervertretung ist unter Bekanntmachung der Tagesordnung einschließlich der Beschlussvorschläge durch den Vorstand mindestens 30 Tage vor dem Tag der Versammlung einzuberufen. Innerhalb von 12 Tagen nach Bekanntmachung der Einberufung sind die Mitgliedervertreter unter Bekanntmachung der Tagesordnung nebst Vorschlägen zur Beschlussfassung zu der Versammlung gesondert einzuladen.

(3) Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder einer seiner Stellvertreter. Auf Antrag kann sich die Mitgliedervertretung unter Leitung des an Lebensjahren ältesten Mitgliedervertreters einen Verhandlungsvorsitzenden selbst wählen. Die Vorstandsmitglieder und die Mitglieder des Aufsichtsrates nehmen an den Versammlungen der Mitgliedervertretung teil.

(4) Anträge zur Beschlussfassung, die von mindestens 100 Mitgliedern dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliederversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

#### § 11 Beschlussfassung

(1) Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitgliedervertreter beschlussfähig.

(2) Kommt bei einer Wahl eine einfache Stimmenmehrheit nicht zustande, so findet eine engere Wahl zwischen den Personen statt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

#### § 12 Recht der Minderheit

Rechte, die das Gesetz einer Minderheit einräumt, stehen einer Minderheit von vier Mitgliedervertretern zu.

#### § 13 Aufgaben, Vergütung

(1) Der Mitgliedervertretung obliegt insbesondere:

- a) Entgegennahme des Jahresabschlusses, des Lageberichtes und des Berichtes des Aufsichtsrates,
- b) Feststellung des Jahresabschlusses in den Fällen des § 173 Absatz 1 des Aktiengesetzes,
- c) Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
- d) Wahlen zum Aufsichtsrat,
- e) Beschlussfassung über Widerruf der Bestellung von Mitgliedern des Aufsichtsrates,
- f) Festsetzung der Vergütung für die Mitglieder des Aufsichtsrates,
- g) Beschlussfassung über Änderungen der Satzung,
- h) Beschlussfassung über Angelegenheiten, in denen der Vorstand eine Entscheidung der Mitgliedervertretung verlangt,
- i) Beschlussfassung über die Auflösung des Vereins und seinen Übergang auf ein anderes Versicherungsunternehmen.

(2) Die Mitgliedervertreter erhalten eine angemessene Entschädigung für den zeitlichen Aufwand in Form einer Vergütung, die von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird. Sie haben daneben bei Teilnahme an Sitzungen Anspruch auf Tage- und Übernachtungsgelder sowie auf Erstattung sonstiger Auslagen, deren Höhe ebenfalls von Vorstand und Aufsichtsrat festgesetzt wird.

#### Rechnungslegung

##### § 14 Geschäftsjahr, Jahresabschluss, Lagebericht

(1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Der Vorstand hat den Jahresabschluss und einen Lagebericht für das vergangene Geschäftsjahr aufzustellen und nach Prüfung durch den Abschlussprüfer mit dem Prüfungsbericht sowie einem Vorschlag für die Verteilung des Überschusses dem Aufsichtsrat unverzüglich vorzulegen.

(3) Die ordentliche Mitgliederversammlung beschließt jährlich nach Entgegennahme des vom Aufsichtsrat zu erstattenden Berichtes in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes, des Aufsichtsrates und in den im Gesetz vorgesehenen Fällen über die Feststellung des Jahresabschlusses.

##### § 15 Geldanlagen, Rückstellungen, Rücklagen

(1) Das Vermögen des Vereins ist nach den gesetzlichen Bestimmungen und nach den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen anzulegen.

(2) Der Verein hat versicherungstechnische Rückstellungen zu bilden, die zur Erfüllung derjenigen Versicherungsverpflichtungen notwendig sind, welche aus den am Bilanzstichtag laufenden Versicherungsverträgen herrühren. Auf die Deckungsrückstellung finden die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften Anwendung.

(3) Soweit die technischen Berechnungsgrundlagen vorsehen, dass Rückstellungen für das mit dem Alter der Versicherten wachsende Krankheitskosten- und Krankengeldwagnis zu bilden sind, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Vereins mit Rücksicht auf das Alterwerden der versicherten Personen für die Zukunft ausgeschlossen.

(4) a) Der Verlustrücklage gemäß § 193 VAG sind mindestens 5 v. H. des Überschusses eines Geschäftsjahres solange zuzuweisen, bis sie einen Mindestbetrag von einem Sechstel der gebuchten Bruttobeiträge erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht. Zuweisungen zu der Verlustrücklage gemäß § 193 VAG über den Mindestbetrag hinaus bestimmt der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates.

b) Außerdem können andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Die Höhe der Zuweisungen wird vom Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates festgelegt.

c) Der nach Vornahme der Abschreibungen, Wertberichtigungen, Rücklagen und Rückstellungen verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückstattung zuzuführen.

d) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückstattung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet, die hierauf einen Rechtsanspruch haben. Über die Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen,

---

Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen. Als Form der Verwendung kann der Vorstand wählen: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung sowie Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für die Verwendung von Mitteln kann z.B. vorausgesetzt werden: Fortbestehen der Mitgliedschaft, bestimmte Dauer der Mitgliedschaft, Mindesthöhe bezahlter Beiträge, Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifen, aus denen Überschüsse herrühren, und Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen während einer bestimmten Zeit.

e) Abweichend von d) dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(5) Ein sich beim Abschluss eines Geschäftsjahres ergebender Jahresfehlbetrag ist zunächst aus der Verlustrücklage zu decken.

#### **Änderungen**

##### **§ 16 Satzung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarife mit Tarifbedingungen**

(1) Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen einer Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitgliedervertreter.

(2) Änderungen der Satzung, welche die Versicherungsverhältnisse nicht berühren, gelten für alle Mitglieder.

(3) Änderungen des § 15 Abs. (4) und (5) haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse der Mitglieder. Dasselbe gilt für Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder, soweit dies in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich vorgesehen ist.

(4) Änderungen der Satzung werden mit dem Zeitpunkt ihrer Eintragung in das Handelsregister wirksam. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife mit Tarifbedingungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die schriftliche Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Etwaige bei Inkrafttreten der Änderungen durch Eintritt eines Versicherungsfalls bereits erworbene und bestehende Ansprüche werden hiervon nicht berührt.

#### **Auflösung**

##### **§ 17**

Für den Fall der Auflösung gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

---

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 01.08.2017 Geschäftszeichen: VA 11-I 5002-4002-2017/0001

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

### Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

###### Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
  - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei

Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

###### Teil II

- (1) Soweit der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:  
Abweichend von § 1 Abs. 4 Teil I besteht während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bis zu zwölf Monaten auch ohne besondere Vereinbarungen Versicherungsschutz. Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen; es gelten die Regelungen in § 15 Teil II Abs. 3. Bei der Berechnung eines Aufenthaltes werden vorübergehende Unterbrechungen nicht berücksichtigt.
- (2) Ergänzend zu § 1 Abs. 2 Teil I ist Versicherungsfall auch die medizinisch notwendige künstliche Befruchtung unter der Voraussetzung, dass zum Zeitpunkt der Behandlung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist, eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung/Insemination überwunden werden kann, die Behandlung bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebenden Paaren erfolgt und eine deutliche Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode besteht. Erstattungsfähig sind bis zu drei Versuche der künstlichen Befruchtung.
- (3) Abweichend von § 1 Abs. 5 Teil I begrenzt der Versicherer seine Leistungen bei den dort aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).

##### § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

###### Teil I MB/KK

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

## Teil II

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

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

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

## § 3 Wartezeiten

### Teil I MB/KK

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

a) bei Unfällen;

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

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

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

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

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

## Teil II

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

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

## § 4 Umfang der Leistungspflicht

### Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

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

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

## Teil II

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

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

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

(3) Der Versicherer erstattet auch die Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung in Krankenhausambulanzen und medizinischen Versorgungszentren, sofern ein Tarif Versiche-



zungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Zudem werden in der Krankheitskostenvollversicherung im Rahmen der Sterbegleitung die Kosten der ambulanten Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen und die Sätze der entsprechenden Vergütungsvereinbarungen nicht überschritten werden, erstattet.

Ebenfalls erstattungsfähig sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz.

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

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

In der substitutiven Krankenversicherung (Krankheitskostenvollversicherung) bietet der Versicherer darüber hinaus medizinische Informationen und begleitende medizinische Beratung im Einzelfall an. Der detaillierte Leistungsinhalt ist in der Anlage beschrieben.

## § 5 Einschränkung der Leistungspflicht

### Teil I MB/KK

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

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

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

### Teil II

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

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

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

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

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

## § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

### Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

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

### Teil II

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

(2) Ist eine „Card für Privatversicherte“ ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach § 6 Abs. 6 Teil I insoweit nicht.

## § 7 Ende des Versicherungsschutzes

### Teil I MB/KK

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

## Pflichten des Versicherungsnehmers

### § 8 Beitragszahlung

#### Teil I MB/KK

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

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

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

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

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

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Beitragsanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der

Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

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

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

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

#### Teil II

(1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge.

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

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

(4) Fällt aufgrund der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Versicherungssteuer oder eine andere Abgabe an, kann sich dadurch der Zahlbeitrag entsprechend erhöhen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer unverzüglich über die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der in Satz 1 genannten Staaten zu informieren.

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

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

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

a) Wird Beitragsrückerstattung für einen Tarif ausgezahlt oder gutgeschrieben, so wird sie für die versicherten Personen gewährt, die nach diesem Tarif ein volles Kalenderjahr versichert waren und für die aus dieser Zeit zu diesem Tarif keine Leistungen beansprucht wurden. Dabei sind Umstufungen innerhalb anspruchsberechtigter Tarife nicht BREschädlich. Bestanden die anspruchsberechtigten Tarife kein volles

Kalenderjahr, weil sie im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung erstmals im abgelaufenen Kalenderjahr abgeschlossen wurden, so wird eine anteilige Beitragsrückerstattung gewährt.

- b) Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung ist nicht gegeben, wenn die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr nicht spätestens bis zum 31. März des folgenden Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind oder der Vertrag aus anderen Gründen als Tod oder Eintritt der Krankenversicherungspflicht am 1. Juli des Folgejahres nicht mehr besteht.
- c) Die Beitragsrückerstattung kann frühestens einen Monat nach der Veröffentlichung der Jahresrechnung für das abgelaufene Kalenderjahr, nicht jedoch vor dem 1. Juli verlangt werden.

## § 8a Beitragsberechnung

### Teil I MB/KK

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

### Teil II

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

## § 8b Beitragsanpassung

### Teil I MB/KK

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch

eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

### Teil II

- (1) Die in § 8b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
- (2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen 10, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5.
- (3) Unter den in § 8b Abs. 1 Teil I genannten Voraussetzungen können auch Beitragszuschläge gemäß § 15 Abs. 3 Teil II angepasst werden.

## § 9 Obliegenheiten

### Teil I MB/KK

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

### Teil II

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

## § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

### Teil I MB/KK

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

der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

### **§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

#### **Teil I MB/KK**

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

### **§ 12 Aufrechnung**

#### **Teil I MB/KK**

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

## **Ende der Versicherung**

### **§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer**

#### **Teil I MB/KK**

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

#### **Teil II**

(1) Veränderungen des Versicherungsverhältnisses haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres. Für eine nachträglich mitversicherte Person endet das erste Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des zuerst Versicherten.

(2) Endet die Versicherungsfähigkeit aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, so hat der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht das Recht, eine Umwandlung der

Versicherung in eine den gesetzlichen Versicherungsschutz entsprechend des vorher versicherten Leistungsumfanges erweiternde Zusatzversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zu beantragen. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung.

(3) In Abweichung von § 13 Abs. 8 Satz 2 Teil I kann der Versicherungsnehmer, der bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer abgeschlossen hat und nach dem 01.01.2009 beim Versicherer einen Tarifwechsel in Tarife mit Übertragungswert für die versicherte Person vornimmt, ebenfalls verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31.12.2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt.

(4) Für Versicherungsverträge der substitutiven Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, gilt Folgendes:

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

#### § 14 Kündigung durch den Versicherer

##### Teil I MB/KK

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

##### Teil II

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

#### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

##### Teil I MB/KK

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen

angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

##### Teil II

Abweichend von § 15 Abs. 3 Teil I verpflichtet sich der Versicherer, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes beantragt wird. Die anderweitige Vereinbarung kann einen Tarifwechsel und einen angemessenen Beitragszuschlag vorsehen. Dieser Beitragszuschlag ergibt sich einheitlich für alle betroffenen Versicherten gemäß einer länderabhängigen Liste des Versicherers. Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8b Teil I und II erfolgen.

#### Sonstige Bestimmungen

##### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

###### Teil I MB/KK

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

##### § 17 Gerichtsstand

###### Teil I MB/KK

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

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

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

##### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

###### Teil I MB/KK

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

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

---

### **§ 19 Wechsel in den Standardtarif**

#### **Teil I MB/KK**

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

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

### **§ 20 Wechsel in den Basistarif**

#### **Teil I MB/KK**

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

## Tarif KlinikTOP1 Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

Produktlinie Klinik

### Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

#### Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % wahlärztliche Behandlung
- 100 % Zweibettzimmer
- 100 % Einbettzimmer  
(45 EUR Selbstbeteiligung je Tag, entfällt bei Unfall)
- 40 EUR Krankenhaustagegeld  
(vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

#### Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

#### Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

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 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

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

- 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP1
  - 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
    - 1.1.1 Ärztliche Leistungen
    - 1.1.2 Stationäre Unterbringung
    - 1.1.3 Krankenhauswahl
    - 1.1.4 Krankenhaustagegeld
    - 1.1.5 Ambulante Operationen
    - 1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen
    - 1.1.7 Sofortschutz
      - 1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz
      - 1.1.7.2 Geltungsbereich
      - 1.1.7.3 Voraussetzungen
  - 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
    - 1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
    - 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
    - 1.2.3 Rückführungskosten
    - 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

#### C Optionsrecht

- 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1
- 2 Voraussetzungen
- 3 Optionsvorteil
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Beiträge
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

#### D Anpassungsvorschriften

- 1 Beitragsanpassung

#### E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40
- 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)

#### Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Teil II Abs. 5

---

## Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikTOP1 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 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Der Tarif KlinikTOP1 kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP1.

1.2 Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nur im Rahmen der Sonderbedingungen des Tarifs KlinikTOP1 (Abschnitt E) versicherungsfähig.

#### 2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

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

#### 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP1

##### 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1.1 bis B 1.1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland, die in Abschnitt B 1.1.5 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.1.6.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1.1 bis B 1.1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.1.7.

##### 1.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

##### 1.1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegeverordnung (BpflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung, an dem dieser Zuschlag erhoben wird, eine Selbstbeteiligung von 45 EUR abgezogen. Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen 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 erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt ferner jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2015 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2015) erfüllt.

##### 1.1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BpflV bzw. des KHEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

##### 1.1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß

- Abschnitt B 1.1.1 und B 1.1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EUR,
- Abschnitt B 1.1.2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 15 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

##### 1.1.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden zu 100 % die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

- einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie
- der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen im Krankenhaus.

Von der Erstattungspflicht erfasst sind Operationen, die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation in einem nach Abschnitt B 1.1.3 anerkannten Krankenhaus, von einem dort angestellten liquidationsberechtigten Wahlarzt bzw. für dieses Krankenhaus dauerhaft tätigen Belegarzt durchgeführt wird.

Der Versicherer ist im Vorfeld über die geplante, eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation in Kenntnis zu setzen.

##### 1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs. 4 SGB V).

##### 1.1.7 Sofortschutz

###### 1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung sowie bei einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation gemäß Abschnitt B 1.1.5 besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem „Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen“ (Anlage) des Tarifs KlinikTOP1.

###### 1.1.7.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.1.7.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.



### 1.1.7.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es wird eine stationäre Behandlung bzw. eine eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation gemäß Abschnitt B 1.1.5 durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

### 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 1.2.1 und B 1.2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 1.2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 1.2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

#### 1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

#### 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 1.2.1.

#### 1.2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

#### 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei Tod der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu einer Höhe von 11.000 EUR erstattet.

## C Optionsrecht

### 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikTOP1 das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

Die Hinzuversicherung eines Krankenhaustagegeldes in Höhe sowie die Erhöhung eines Krankenhaustagegeldes auf die Höhe der in Abschnitt B 1.1.2 genannten Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers steht der zuvor beschriebenen Umstellung in leistungsstärkere stationäre Zusatztarife gleich.

### 2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP1 vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

### 3 Optionsvorteil

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

### 4 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1 entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

### 5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikTOP1 in Anwartschaft geführt wird.

### 6 Beiträge

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

### 7 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)

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

1.2 Erfolgt auf Grundlage des § 8b Abs. 1 Teil I eine Erhöhung der Selbstbeteiligung, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein zu diesem Zeitpunkt in Höhe der Selbstbeteiligung bestehendes Krankenhaustagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung im gleichen Umfang zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Erhöhung keine Beitragsrückstände bestehen und keine wirksame Kündigung vorliegt. Das Recht zur Erhöhung des Krankenhaustagegeldes entfällt, wenn diese nicht spätestens bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Selbstbeteiligung gemäß § 8b Abs. 3 Teil I beantragt wird.

## **E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)**

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikTOP1 auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

### **1 Tarifbezeichnung**

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (KlinikTOP1pur).

### **2 Annahmefähigkeit**

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren.

### **3 Ende der Versicherungsfähigkeit**

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet.

### **4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40**

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur) erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif KlinikTOP1 bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

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

### **5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag**

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

### **6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)**

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird, 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.

## **Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Teil II Abs. 5**

### **Kostenberatung und rechtliche Unterstützung**

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300 EUR in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und der Versicherer die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.

# Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikTOP1(pur)

Produktlinie Klinik

## 1. Unter welcher Voraussetzung erhalte ich Leistungen aus dem Tarif?

Die tariflichen Leistungen werden für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Deutschland erstattet.

## 2. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?

Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung nach der geltenden Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen.

Ebenfalls erstattungsfähig sind Kosten für ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Vorleistung erbracht hat.

## 3. Was ist die GOÄ?

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der GOÄ aufgeführten Gebührensätze (Einfachsätze) einzelner Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens mit einem Faktor multipliziert werden, der die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand und die Umstände bei der Ausführung der Leistung ausdrückt.

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

- für die persönlich-ärztlichen Leistungen vom Einfachen bis zum 3,5fachen (=Höchstsatz),
- für die medizinisch-technischen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil vom Einfachen bis zum 2,5fachen und
- für Laborleistungen vom Einfachen bis zum 1,3fachen des Gebührensatzes vor.

In der Regel darf eine Gebühr für persönliche Leistungen nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen sein. Ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (=Schwellenwert) ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

## 4. Für welche Art der Unterbringung erhalte ich Leistungen?

Erstattet werden 100 % der Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

Ebenso werden Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer übernommen. Für jeden Tag der Inanspruchnahme des Einbettzimmers verbleibt eine Selbstbeteiligung in Höhe von 45 EUR. Diese entfällt bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung. Die Selbstbeteiligung kann durch die Hinzuversicherung eines Krankenhaustagegeldes in gleicher Höhe ausgeglichen werden.

## 5. Welche Leistungen erhalte ich bei Wahl eines anderen Krankenhauses?

Erstattet werden 100 % der Mehrkosten, die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses, als das in der Einweisung des Arztes genannten, entstehen. Voraussetzung für die Leistung ist jedoch, dass das gewählte Krankenhaus für die GKV zugelassen ist.

Die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses entstehenden Krankentransportkosten sind nach Vorleistung der GKV bis zu einem Betrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt erstattungsfähig.

## 6. Werden die gesetzlichen Zuzahlungen erstattet?

Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage eines stationären Krankenhausaufenthaltes werden zu 100 % erstattet.

## 7. Was geschieht, wenn ich keine Wahlleistungen in Anspruch nehme?

Es wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) in Höhe von

- 15 EUR erstattet, wenn keine Leistungen für die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer beansprucht werden,
- 25 EUR erstattet, wenn keine Leistungen für Chefarztbehandlung und die Wahl eines anderen Krankenhauses beansprucht werden.

## 8. Welche Leistungen erhalte ich bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen?

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für privatärztliche Behandlung bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen.

Der Versicherer ist im Vorfeld über die geplante Maßnahme in Kenntnis zu setzen.

## 9. Welche zusätzlichen Hilfeleistungen erhalte ich bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland?

Der Tarif sieht verschiedene Sofortschutz-Leistungen vor. Er beinhaltet eine Krankenhaus-Soforthilfe und Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitationsmanagement. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe.

Diese Sofortschutz-Leistungen können Sie über das Notfalltelefon unter der Nummer **0231-135 4948** beantragen. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

---

**10. Welche Leistungen erhalte ich nach einem Unfall oder bei akuter Erkrankung im Ausland?**

Erstattungsfähig sind die Kosten der medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, des Krankentransports in das nächstgelegene Krankenhaus, eines medizinisch notwendigen Krankentrücktransports (nicht für Begleitperson) bzw. bei Tod der versicherten Person die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführungskosten.

**11. Welche Besonderheiten gelten für die Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)?**

Die pur-Tarifvariante KlinikTOP1pur bildet keine Rückstellungen für das Alter, d. h. der Beitrag steigt bei Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe.

Während der Vertragslaufzeit ist ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit ein Wechsel in die entsprechende Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen und gleichem Leistungsumfang (von KlinikTOP1pur in KlinikTOP1) möglich. Die Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen zeichnet sich dadurch aus, dass es keine Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gibt.

Zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und es erfolgt eine obligatorische Fortführung der Versicherung nach Tarif KlinikTOP1.

Ist die obligatorische Fortführung nicht gewünscht, so kann die Versicherung innerhalb von zwei Monaten nach der Vertragsänderung durch schriftliche Mitteilung beendet werden.

## Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen

Produktlinie Klinik

Die nachfolgend dargestellten Sofortschutz-Leistungen werden unter den in den Tarifen KlinikUNFALL(pur), KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur), KlinikTOP(pur) und KlinikTOP1(pur) genannten Voraussetzungen erbracht. Der Sofortschutz umfasst Informations-, Beratungs-, Vermittlungs- und Organisationsleistungen. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht für die unter den Ziffern 1.1 und 1.2 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

Beantragen Sie Ihre Sofortschutz-Leistungen unverzüglich über das Notfalltelefon unter der Nummer 0231-135 4948. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

### 1 Krankenhaus-Sofortschutz

#### 1.1 Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme

Bei einer stationären Heilbehandlung werden auf Wunsch folgende Dienstleistungen vermittelt und organisiert. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu den jeweils genannten Höchstsätzen übernommen. Die Höchstsätze gelten je versicherte Person und je Versicherungsfall.

##### Anmeldeservice

Unterstützung bei der Anmeldung im Krankenhaus inklusive der Organisation eines Telefon- und Fernsehanschlusses und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

##### Menüservice

Organisation einer Essenslieferung als Alternative zur Krankenhausverpflegung und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

##### Besorgung von notwendigen Utensilien

Organisation von notwendigen Utensilien wie z. B. Hygieneprodukte und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR oder alternativ hierzu der einmalige Transport von Kleidung und notwendigen Utensilien bis zu einer Entfernung von 50 Kilometern vom Wohnort zum Krankenhaus.

##### Besorgung von Unterhaltungsmedien/Spielsachen

Organisation von Unterhaltungsmedien wie z. B. Zeitschriften, Büchern sowie ggf. Spielsachen für versicherte Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

##### Hotelunterbringung

Organisation der Unterbringung von Angehörigen in einem dem Krankenhaus nahegelegenen Hotel, sofern dies für den Krankenhausbesuch erforderlich ist und Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

##### Rooming-In

Organisation der Begleitung des versicherten minderjährigen Kindes durch die Eltern ins Krankenhaus und für einen Aufenthalt der Eltern im Krankenhaus. Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

##### Schülernachhilfe

Organisation einer Schülernachhilfe nach stationärem Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen für den versicherten Schüler oder minderjährige Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

##### Vermittlung von Betreuungen

Vermittelt und organisiert werden im Falle der nachgewiesenen Erforderlichkeit folgende Dienstleistungen inklusive Kostenübernahme für die Dauer von bis zu jeweils fünf Tagen:

- Betreuung von minderjährigen Kindern
- Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger
- Betreuung von Haustieren

##### Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus am Wohnort

Organisation und Kostenübernahme einer Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus in der Nähe des Wohnortes bei ärztlich bestätigter Tauglichkeit für einen Bodentransport.

#### 1.2 Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden für die versicherte Person bei nachgewiesener Erforderlichkeit die nachfolgend beschriebenen Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu fünf Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Durchführung einer nach Tarif KlinikTOP(pur) oder Tarif KlinikTOP1(pur) versicherten, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation übernommen (Kostenübernahme), insgesamt jedoch nicht mehr als 1.000 EUR je versicherte Person und je Versicherungsfall.

##### Begleitservice

Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien.

##### Fahrdienst

Bis zu zwei Mal in der Woche wird ein Fahrdienst (Hin- und Rückfahrt) zu Ärzten, Behörden, Krankengymnasten oder anderen Therapeuten und Therapien organisiert.

##### Menüservice

Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl des Betroffenen durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

##### Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zwei Mal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht:

Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, den Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

##### Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z. B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

##### Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

#### 1.3 Reha-Management

##### 1.3.1 Informationsdienstleistungen

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen zu den nachfolgend genannten Themenbereichen sowie Kontaktdaten entsprechender Berater:

- Rehabilitationsberater
- Behinderten- und Krankentransport
- Selbsthilfegruppen
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kräftefahrzeughilfe
- Verbände und Institutionen
- Soziale Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- Praktische Ärzte in Wohnnähe
- Gartenhilfe, Kinderbetreuung und Nachhilfe
- Reparaturdienste (Kleinarbeiten zu Hause)

---

### 1.3.2 Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- bei Bedarf Unterstützung bei Einholung ärztlicher Zweitmeinung/ Gutachten

### 1.3.3 Berufliche Rehabilitation

#### 1.3.3.1 Grundsätzliches zum Anspruch auf berufliche Rehabilitation

Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

#### 1.3.3.2 Leistungsumfang:

Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

- a) der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern und Schulen nach Analyse vom Personalberater
- d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

### 1.3.4 Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

### 1.3.5 Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung