Informationen zur **Krankheitskostenvoll-, Beihilfe-** und **Zusatzversicherung**

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.
Stand: 01.03.2021

Deutscher Ring
Krankenversicherung

SIGNAL IDUNA
gut zu wissen

Inhaltsverzeichnis

Diese Broschüre dient als Nachschlagewerk und enthält alle aktuell verkaufsoffenen Tarife der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G..

Dazu gehören Tarife der Marken SIGNAL IDUNA (SI) und Deutscher Ring Krankenversicherung (DRK).

Seite

Allgemeine Informationen zur SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Datenschutz-Informationen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 7
Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe 10
Informationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) 12
Zusätzliche Information nach § 3 VVG-InfoV 13
Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 14
Satzung der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. 15

Krankheitskostenvollversicherungstarife der Marke SI

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009), Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen) **18**
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009; MB/KT 2009; MB/EPV 2017) **26**
Teil III – Tarife
(R-)START 38
und Informationsblatt zum Tarif (R-)START inkl. Anhang – Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen 44
(R-)START-PLUS 50
und Informationsblatt zum Tarif (R-)START-PLUS inkl. Anhang – Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen 57
(R-)KOMFORT 63
und Informationsblatt zum Tarif (R-)KOMFORT inkl. Anhang – Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen 70
(R-)KOMFORT-PLUS 76
und Informationsblatt zum Tarif (R-)KOMFORT-PLUS 84
(R-)EXKLUSIV 87
und Informationsblatt zum Tarif (R-)EXKLUSIV 94
(R-)EXKLUSIV-PLUS 97
und Informationsblatt zum Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS 105
Antrag zum Verhaltensbonus 109
Anhang Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen (für die Tarife (R-)KOMFORT-PLUS, (R-)EXKLUSIV, (R-)EXKLUSIV-PLUS, (R-)EXKLUSIV-B) 111
Dienstleistungsangebot für die Krankheitskostenvollversicherung 114
Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen 115

Krankheitskostenvollversicherungstarif Prime der Marke DRK

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife - gültig für den Tarif Prime **117**
(Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009), Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen)
Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife gilt für den Tarif Prime **125**
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009; MB/KT 2009; MB/EPV 2017)
(Seite 26)
Teil III - Tarif
Prime 126
und Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten 133

Krankheitskostenvollversicherungstarife der Marke DRK

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009), Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen) **134**

	Seite
Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife	**142**
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009; MB/KT 2009; MB/EPV 2017) (Seite 26)	
Teil III – Tarife	
Esprit	143
Esprit X	148
Esprit M	153
und Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten	157
Esprit MX	158
Katalog der Gesundheitsvorsorgeleistungen für die Tarife der Produktlinie Esprit	162
Comfort +	164
und Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten	169
Besondere Bedingungen für den Übertragungswert: PIT – Gesetzliche Portabilität	170
Futura	171
Beihilfetarife der Marke SI	
(R-)START-B	173
und Informationsblatt zum Tarif (R-)START-B inkl. Anhang – Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen	180
(R-)KOMFORT-B+	186
(R-)KOMFORT-B-W	193
(R-)KOMFORT-B-E	196
(R-)KOMFORT-B-E1	200
und Informationsblatt zu den Tarifen (R-)KOMFORT-B+, (R-)KOMFORT-B-W, (R-)KOMFORT-B-E(1) inkl. Anhang – Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen	204
(R-)EXKLUSIV-B	208
(R-)EXKLUSIV-B-W	215
(R-)EXKLUSIV-B-ES	218
(R-)EXKLUSIV-B-E	221
(R-)EXKLUSIV-B-E1	225
und Informationsblatt zu den Tarifen (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W, (R-)EXKLUSIV-E(1), (R-)EXKLUSIV-ES	229
Anhang Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen (Seite 111)	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung	232
Beihilfetarife der Marke DRK	
BK	233
BS	235
BS 100	237
Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten der Tarife BK und BS	238
Sonderbedingungen für Beamtenanwärter der Tarife BK und BS	239
BE	240
BKE	242
BE +	244
Besondere Bedingungen für den Übertragungswert: PITB – Gesetzliche Portabilität (Seite 170)	
Besondere Bestimmungen zur Anwartschaftsversicherung	245
Beitragsentlastungstarif der Marke SI	
Besondere Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB)	246
Wichtige Hinweise zum peB	248
Optionstarife der Marke SI	
flexSIprivat	250
flexSI-B	251
flexSI	252
Krankenzusatztarife der Marke SI	
AmbulantBASISpur	253
AmbulantSTARTpur	255

	Seite
AmbulantPLUS(pur)	258
AmbulantTOP(pur) inkl. Heilmittelverzeichnis	261
KlinikUNFALLpur	266
und Informationsblatt zum Tarif KlinikUNFALLpur	269
KlinikSTART(pur) inkl. Dienstleistungsangebot	270
und Informationsblatt zum Tarif KlinikSTART(pur)	274
KlinikPLUS(pur) inkl. Dienstleistungsangebot	276
und Informationsblatt zum Tarif KlinikPLUS(pur)	280
KlinikTOP1(pur)inkl. Dienstleistungsangebot	282
und Informationsblatt zum Tarif KlinikTOP1(pur)	286
Leistungsverzeichnis der Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur) und KlinikTOP1(pur) für Sofortschutz-Leistungen	288
ZahnBASISpur	290
ZahnSTARTpur	292
ZahnPLUS(pur)	295
ZahnTOP(pur)	298
GE	301
GE-PLUS	303
GE-TOP	305
und Leistungsverzeichnis zum Tarif GE-TOP	307
Z 50-3	308
Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen (Seite 114)	
EKH	309
KurPLUS	310
Krankenzusatztarif der Marke DRK	
clinic +	311
Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten zum Tarif clinic +	312
Krankentagegeldtarife der Marke SI	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung (Teil I Musterbedingungen (MB/KT 2009), Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen) Teil III – Tarife	**313**
ESP-VA	321
ESP-VS	324
ESP-E	327
Krankentagegeldtarif der Marke DRK	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro (Teil I Musterbedingungen (MB/KT 2009), Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen)	**330**
Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro (Zusatzvereinbarung bei Arbeitslosigkeit) **Teil III – Tarif**	**337**
pro (v)	338
Pflegeergänzungstarife der Marke SI	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Teil I Musterbedingungen (MB/GEPV 2017))	**339**
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung Teil II – Tarif	**344**
PflegeBAHR	351
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (Teil I Musterbedingungen (MB/EPV 2017), Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen Teil III – Tarife	**353**
PflegeBAHRPLUS	359

	Seite
PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP	362
Leistungsverzeichnis für Assistanceleistungen der ergänzenden Pflegekrankenversicherung	365
Pflegeergänzungstarif der Marke DRK	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung (Teil I Musterbedingungen (MB/EPV 2017), Teil II SIGNAL IDUNA Tarifbedingungen) Teil III – Tarif	**367**
care+	373
Leistungsverzeichnis für Assistanceleistungen der ergänzenden Pflegekrankenversicherung (Seite 367)	
Private Pflegepflichtversicherung der Marke SI	
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Teil I Bedingungsteil (MB/PPV 2019) + Teil II Zusatzvereinbarungen + Teil III Tarif PVN/PVB + Teil IV Überleitungsregelungen)	**377**
Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten	393
Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Pflegepflichtversicherung	**394**
Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung	417
Informationen zur COMPASS-Pflegeberatung	419

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 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

Unseren **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.

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 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 durchführen 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 aufsichtsrechtliche 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 berechtigte 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.

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 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.
- Creditreform 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 Drittländer 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 Auskunftei übermittelt, die in der Dienstleisterliste aufgeführt ist. Detaillierte Informationen über die Auskunftei, 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

- SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. *
- SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G. *
- SIGNAL IDUNA Unfallversicherung a. G. *
- SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG *
- SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG *
- PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft *
- ADLER Versicherung AG *
- SIGNAL IDUNA Sterbekasse VVaG *
- DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG *
- DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft
- HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH
- HANSAINVEST Real Assets GmbH
- SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH
- SIGNAL IDUNA Bauspar AG
- SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- SIGNAL IDUNA Select Invest GmbH
- SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG

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

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer/ Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten	Übermittlung an Drittland	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 Rechtsanwaltsgesellschaft 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 Einzelnennung - 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 Assistanceleistungen 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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
E-Mail: 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 Medicator 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

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

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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 Alterungsrückstellung, 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 Alterungsrückstellungen 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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.[1] 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.

[1] Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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 Mitgliedervertreterversammlung bei der Wahl eine kürzere Amtszeit festlegt, erfolgt die Bestellung für einen Zeitraum, der bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung 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 Mitgliedervertreterversammlung.

(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:

a) Bestellung der Mitglieder des Vorstandes und Regelung ihrer Dienstverhältnisse,
b) Bestimmung eines Abschlussprüfers gemäß § 341k Abs. 2 HGB in Verbindung mit § 318 Abs. 1 HGB,
c) Bestellung des Treuhänders für das Sicherungsvermögen und seines Stellvertreters gemäß §§ 128 und 129 VAG,
d) Bestellung des Verantwortlichen Aktuars gemäß §§ 156 Abs. 1, 141 Abs. 3 VAG,
e) Zustimmung zu dauernden Vermögensanlagen von besonderer Bedeutung,
f) Zustimmung zur Übernahme von Versicherungsbeständen anderer Unternehmungen,
g) Zustimmung zu Einführung und Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifen mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder,
h) 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 scheiden 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 Mitgliedervertreters 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 zu 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 Mitgliedervertreterversammlung, auf der die Wahl erfolgt und endet mit Beendigung der vierten, der Wahl folgenden ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung (§ 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 Mitgliedervertreterversammlung in 2011 beschlossenen Änderungen der Absätze 2, 7 und 8)

Die bestehende Mitgliedervertretung teilt durch Beschluss der in 2012 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung 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 Mitgliedervertreterversammlung,
b) für die der Gruppe B zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2014 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
c) für die der Gruppe C zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2015 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung,
d) für die der Gruppe D zugeordneten Mitgliedervertreter mit Beendigung der in 2016 stattfindenden Mitgliedervertreterversammlung.

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

§ 10 Ort, Einberufung, Vorsitz
(1) Ordentliche Mitgliedervertreterversammlungen finden alljährlich innerhalb der ersten acht Monate des Geschäftsjahres statt. Weitere Mitgliedervertreterversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder auf begründeten schriftlichen Antrag von mindestens einem Viertel der Mitgliedervertreter einberufen werden. Die Mitgliedervertreterversammlungen 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 Mitgliedervertreterversammlung 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 Mitgliedervertreterversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

§ 11 Beschlussfassung
(1) Jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliedervertreterversammlung 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 Mitgliedervertreterversammlung 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 Älterwerden 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 Beitragsrückerstattung zuzuführen.
d) Die in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung 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

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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 ununterbrochen 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 Umfange 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 Notfalleinweisung 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-

rungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Zudem werden in der Krankheitskostenvollversicherung im Rahmen der Sterbebegleitung 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 Kostenvoranschlägen 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 Umfanges 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 Leistungsumfangs 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend wiedergegeben.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 20 Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei der Anwendung des § 19 Abs. 1 bis 4 und des § 21 Abs. 2 Satz 2 sowie Abs. 3 Satz 2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Abs. 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Abs. 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Abs. 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie
(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen
(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht
(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Prämienrückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag in Höhe von 1 Prozent des Prämienrückstandes zu entrichten. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang der Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer ein zweites Mal und weist auf die Folgen nach Satz 4 hin. Ist der Prämienrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Prämienanteil für einen Monat, ruht der Vertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Das Ruhen des Vertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist oder wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherungsnehmers vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen.

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in einer Variante des Notlagentarifs nach § 153 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

§ 195 Versicherungsdauer
(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung
(1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
6. ...

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Auf Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer versicherungspflichtig wird

1a. durch den Bezug von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld (§ 5 Abs. 1 Nr. 2) und in den letzten fünf Jahren vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert war, wenn er bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und Vertragsleistungen erhält, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen dieses Buches entsprechen,

§ 10 Familienversicherung

(2) Kinder sind versichert

2. bis zur Vollendung des dreiundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert. Ebenso gehören funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen nicht zur zahnärztlichen Behandlung; sie dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschußt werden. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 festzulegende Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Krankenkasse diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.

(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

§ 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie § 35 und die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung gelten entsprechend. Für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Medizinprodukte nach Satz 2 gilt § 34 Abs. 1 Satz 6 entsprechend. Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen. Für die Versorgung nach Satz 1 können die Versicherten unter den Apotheken, für die der Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 Geltung hat, frei wählen.

(3) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann Arzneimittel, deren Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer mindestens um 30 vom Hundert niedriger als der jeweils gültige Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

§ 32 Heilmittel
(2) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.

§ 33 Hilfsmittel
(2) Versicherte haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen entsprechend den Voraussetzungen nach Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie
1. nach ICD 10-GM 2017 auf Grund ihrer Sehbeeinträchtigung oder Blindheit bei bestmöglicher Brillenkorrektur auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 oder
2. einen verordneten Fern-Korrekturausgleich für einen Refraktionsfehler von mehr als 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Dioptrien bei Astigmatismus

aufweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in Richtlinien nach § 92, bei welchen Indikationen therapeutische Sehhilfen verordnet werden. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfaßt nicht die Kosten des Brillengestells.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43c Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

§ 37 Häusliche Krankenpflege
(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

§ 38 Haushaltshilfe
(1) Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts

nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, daß im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Darüber hinaus erhalten Versicherte, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist, längstens jedoch für die Dauer von vier Wochen. Wenn im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, verlängert sich der Anspruch nach Satz 3 auf längstens 26 Wochen. Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.

(2) Die Satzung kann bestimmen, daß die Krankenkasse in anderen als den in Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringt, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Sie kann dabei von Absatz 1 Satz 2 bis 4 abweichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmen.

(3) Der Anspruch auf Haushaltshilfe besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Haushaltshilfe stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Haushaltshilfe in angemessener Höhe zu erstatten. Für Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad werden keine Kosten erstattet; die Krankenkasse kann jedoch die erforderlichen Fahrkosten und den Verdienstausfall erstatten, wenn die Erstattung in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Ersatzkraft entstehenden Kosten steht.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsinanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

§ 39 Krankenhausbehandlung

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

§ 55 Leistungsanspruch

(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

(3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

(4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

(5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

§ 56 Festsetzung der Regelversorgungen

(2) ...
Bei der Festlegung der Regelversorgung für zahnärztliche Leistungen und für zahntechnische Leistungen sind jeweils die einzelnen Leistungen nach § 87 Abs. 2 und § 88 Abs. 1 getrennt aufzulisten.
...

§ 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres für das Folgejahr, erstmalig bis zum 30. September 2004 für das Jahr 2005, die Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Abs. 2 Satz 2. Für die erstmalige Vereinbarung ermitteln die Vertragspartner nach Satz 1 den bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert des Jahres 2004 für zahnärztliche Leistungen beim Zahnersatz einschließlich Zahnkronen gewichtet nach der Zahl der Versicherten. Soweit Punktwerte für das Jahr 2004 bis zum 30. Juni 2004 von den Partnern der Gesamtverträge nicht vereinbart sind, werden die Punktwerte des Jahres 2003 unter Anwendung der für das Jahr 2004 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für das Jahr 2005 wird der durchschnittliche Punktwert nach den Sätzen 2 und 3 unter Anwendung der für das Jahr 2005 nach § 71 Abs. 3 maßgeblichen durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied für das gesamte Bundesgebiet festgelegt. Für die folgenden Kalenderjahre gelten § 71 Abs. 1 bis 3 sowie § 85 Abs. 3. Die Beträge nach Satz 1 ergeben sich jeweils aus der Summe der Punktzahlen der nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahnärztlichen Leistungen, multipliziert mit den jeweils vereinbarten Punktwerten. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge nach Satz 6. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 betragen zwei Monate.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen vereinbaren jeweils zum 30. September eines Kalenderjahres die Veränderung der erstmalig für das Jahr 2005 ermittelten bundeseinheitlichen durchschnittlichen Preise. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich

vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker-Innungen die Höchstpreise für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen nach § 56 Absatz 2 Satz 2; sie dürfen die für das jeweilige Kalenderjahr nach Satz 1 festgesetzten bundeseinheitlichen Preise um bis zu 5 Prozent unter- oder überschreiten. Für die Vereinbarungen nach Satz 2 gilt § 71 nicht. Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei den Regelversorgungen, die nicht von Zahnärzten erbracht werden, ergeben sich als Summe der bundeseinheitlichen Preise nach Satz 1 für die nach § 56 Absatz 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 3 und die Beträge nach Satz 5 vermindern sich um 5 Prozent für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden. Die Vertragspartner nach Satz 1 informieren den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Beträge für die zahntechnischen Leistungen bei Regelversorgungen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach Satz 1 betragen einen Monat.

§ 60 Fahrkosten

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115a oder § 115b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 108 Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V)
– Gesetzliche Krankenversicherung –
(in der Fassung bis zum 31.12.2008)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

...

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen, dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

...

Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI)
– Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 35 Regelaltersrente

Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

1. die Regelaltersgrenze erreicht und
2. die allgemeine Wartezeit erfüllt

haben. Die Regelaltersgrenze wird mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI)
– Soziale Pflegeversicherung –

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität:
   Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
   Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
   motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung:
   Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
   Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:
1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches besteht.

(1a) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(2a) Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen nach Absatz 2 Satz 5 durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2b) Die Frist nach Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich. Abweichend davon ist einem Antragsteller, der ab dem 1. November 2016 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(2c) Abweichend von Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2b dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und
1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,
1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3. Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. außerhäusliche Aktivitäten:
   Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. Haushaltsführung:
   Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.

(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens unverzüglich mitzuteilen. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bis zum 31. Dezember 2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben
1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal
eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 6.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens
1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.
Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.

(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.

§ 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen
(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 321 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 548, 779, 1.000, 1.299 oder 1.598 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Einkommensteuergesetz (EStG)

§ 4 Gewinnbegriff im Allgemeinen

(3) Steuerpflichtige, die nicht auf Grund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, Bücher zu führen und regelmäßig Abschlüsse zu machen, und die auch keine Bücher führen und keine Abschlüsse machen, können als Gewinn den Überschuss der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben ansetzen. Hierbei scheiden Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben aus, die im Namen und für Rechnung eines anderen vereinnahmt und verausgabt werden (durchlaufende Posten). Die Vorschriften über die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter (§ 6 Absatz 2), die Bildung eines Sammelpostens (§ 6 Absatz 2a) und über die Absetzung für Abnutzung oder Substanzverringerung sind zu befolgen. Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für nicht abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, für Anteile an Kapitalgesellschaften, für Wertpapiere und vergleichbare nicht verbriefte Forderungen und Rechte, für Grund und Boden sowie Gebäude des Umlaufvermögens sind erst im Zeitpunkt des Zuflusses des Veräußerungserlöses oder bei Entnahme im Zeitpunkt der Entnahme als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Die Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens und Wirtschaftsgüter des Umlaufvermögens im Sinne des Satzes 4 sind unter Angabe des Tages der Anschaffung oder Herstellung und der Anschaffungs- oder Herstellungskosten oder des an deren Stelle getretenen Werts in besondere, laufend zu führende Verzeichnisse aufzunehmen.

Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz - MuSchG)

§ 3 Schutzfristen vor und nach der Entbindung

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist vor der Entbindung), soweit sie sich nicht zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklärt. Sie kann die Erklärung nach Satz 1 jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Für die Berechnung der Schutzfrist vor der Entbindung ist der voraussichtliche Tag der Entbindung maßgeblich, wie er sich aus dem ärztlichen Zeugnis oder dem Zeugnis einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers ergibt. Entbindet eine Frau nicht am voraussichtlichen Tag, verkürzt oder verlängert sich die Schutzfrist vor der Entbindung entsprechend.

(2) Der Arbeitgeber darf eine Frau bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigen (Schutzfrist nach der Entbindung). Die Schutzfrist nach der Entbindung verlängert sich auf zwölf Wochen

1. bei Frühgeburten,
2. bei Mehrlingsgeburten und,
3. wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt wird.

Bei vorzeitiger Entbindung verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nach Satz 1 oder nach Satz 2 um den Zeitraum der Verkürzung der Schutzfrist vor der Entbindung nach Absatz 1 Satz 4. Nach Satz 2 Nummer 3 verlängert sich die Schutzfrist nach der Entbindung nur, wenn die Frau dies beantragt.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif START – Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Produktlinie privat Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 %)

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
75 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
75 % Kieferorthopädie

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 500 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.000 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 2.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 3.000 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR jährlich.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
1.6 Hilfsmittel
1.7 Sehhilfen
1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.9 Ambulante Transportkosten
1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
1.11 Behandlung durch Heilpraktiker
1.12 Häusliche Behandlungspflege

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
5.3 Entziehungsmaßnahmen
5.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechnung
5 Tarifbezeichnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif START 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

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 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien und in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Sozialgesetzbuch V (SGB V)) genannt sind.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
- 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:
  - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
  - Facharzt für Kinderheilkunde
  - Facharzt für Gynäkologie
  - Facharzt für Augenheilkunde
  - Not- oder Bereitschaftsarzt

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

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

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR pro Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet; für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine 100 %-Erstattung ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag von 2.000 EUR pro Kalenderjahr maßgeblich.

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

Für Arzneimittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,
- 75 % in allen übrigen Fällen.

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

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 500 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 500 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.

1.7 Sehhilfen
Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.

Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr.

Darüber hinaus werden Heilmittel zu 100 % erstattet, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.9 Ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen, sofern sie vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden. Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.11 Behandlungen durch Heilpraktiker
Die Kosten der Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden nicht erstattet.

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 75 % auf einen solchen von 65 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 65 % auf einen von 55 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 55 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 55 % auf 65 % bzw. von 65 % auf 75 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 75 % kann in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	500 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.000 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	2.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR maximal pro Versicherungsjahr.

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

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

4 Selbstbehalt
Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 1 und stationäre Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt 480 EUR abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

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

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

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der „Card für Privatversicherte“, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen
Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen.

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

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

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

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

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

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

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

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

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

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die
- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
- keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
- kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

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

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

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

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

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

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen. Voraussetzung ist, dass
- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
- keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

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

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

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

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

F Sonstige Bestimmungen

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

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarif START

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B
Behandlungspflege (B 1.12)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.2)
Bestattungskosten (B 5.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

C/D/E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Entziehungsmaßnahmen (B 5.3)
Ergotherapie (B 1.8)

F
Fahrtkosten (B 3.3)

G
Generika (B 1.5)
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.11)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.8)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.8)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 5.4)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankentransportkosten (B 3.3)

L
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

M/N
Massage (B 1.8)
Massagegeräte (B 1.8)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.10)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.8)
Sehhilfen (B 1.7)
Sehstärke (B 1.7)
Selbstbehalt (B 4)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 5.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wartezeiten (A 2)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)START

Produktlinie **privat Unisex**

1. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

2. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?
Sofern die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch den Hausarzt erfolgt, erhalten Sie 100 % der erstattungsfähigen Kosten. Als Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist) gelten auch der Facharzt für Kinderheilkunde, Gynäkologie oder Augenheilkunde oder im Falle einer Notfallbehandlung der Not- oder Bereitschaftsarzt.

Erfolgt die Erstbehandlung nicht durch den Hausarzt, beträgt die Erstattung für die gesamte laufende Behandlung 75 %. Erreicht die 25 %ige Selbstbeteiligung einen Betrag von 1.000 EUR* im Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

4. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden bezahlt?
Der Tarif (R-)START leistet neben den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Anhang zu diesem Informationsblatt und finden Sie unter www.g-ba.de.

5. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Encephalitis.

6. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Nein, Leistungen des Heilpraktikers und Heilpraktikerverordnungen sind nicht erstattungsfähig.

7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt

*Für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen sowie Verbandmittel beträgt die Erstattung 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR (bei Personen unter 20 Jahren 2.000 EUR) im Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

oder von ihnen angeordnet und überwacht und vor Behandlungsbeginn durch uns schriftlich zugesagt wird. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

8. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen einen Betrag von bis zu 150 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 300 EUR.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 500 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 500 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?
Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Dies entspricht einer maximalen Erstattung von 375 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % für den im Kalenderjahr 500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, wenn die Heilmittel in Verbindung mit einer in den AVB aufgezählten schweren Erkrankung verordnet wurden.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Erstattung beträgt direkt 100 %, sofern Sie auf ein vorhandenes Generikum zurückgreifen bzw. noch kein Generikum auf dem Markt zur Verfügung steht oder es sich um eine Notfall- oder Unfallbehandlung handelt bzw. im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktionen auftreten oder zu befürchten sind.

Für Informationen und Preise von Arzneimitteln (Originalpräparate und Generika) steht Ihnen im Internet auf der Seite www.derprivatpatient.de eine umfangreiche Arzneimittel-Datenbank zur Verfügung.

12. Was sind Generika?
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen - z. B. das Generikum ASS Ratiopharm gleicht dem Referenzpräparat Aspirin von Bayer. Da aufwändige Forschungskosten zum Teil entfallen, wird es möglich, dieses Medikament kostengünstiger zuzulassen und herzustellen. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

13. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. der GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

14. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ erstattet.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr bleibt die Erstattung bei 75 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 55 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

16. Werden auch Implantate erstattet?
Ja, Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig.

17. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

18. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Es gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr	500 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.000 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	2.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	3.000 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR pro Versicherungsjahr. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

19. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 1.500 EUR, reichen Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung ein.

20. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Die privatärztliche Behandlung sowie Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer sind nicht mitversichert.

21. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Der absolute Selbstbehalt beträgt 480 EUR (bei Personen unter 20 Jahren 240 EUR) pro Kalenderjahr und wird von den tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich abgezogen.

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Im Einzelnen sind dies die unter Punkt 1. bis 4. aufgeführten Untersuchungen:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung)

Einmal innerhalb von zwei Jahren kann folgende Untersuchung erfolgen.

Anamnese (Vorgeschichte):
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
und
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Laboruntersuchungen Blut und Urin:
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3562 H1 GOÄ Cholesterin
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl.

Bei Männern haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 28 GOÄ Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Männern wird zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt:

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei Frauen haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 27 GOÄ Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Spiegeleinstellung der Portio
Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
Ziffer 4851 GOÄ zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Frauen kann zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt werden:
Abtasten der Brustdrüse und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust.

Zusätzlich kann bei Frauen folgende Untersuchung durchgeführt werden:
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms
2x Ziffer 5266 GOÄ Mammographie
(ggf. Ziffer 5298 GOÄ Zuschlag)
Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch im Abstand von 24 Monaten

Für Männer und Frauen werden speziell zur Darmkrebsfrüherkennung folgende Untersuchungen durchgeführt:

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Koloskopie:
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata
Ziffer 451 GOÄ Intravenöse Kurznarkose
alternativ hierzu
Ziffer 452 GOÄ Intravenöse Narkose - mehrmalige Verabreichung
Ziffer 602 GOÄ Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 650 GOÄ EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen
Ziffer 687 GOÄ Hohe Koloskopie
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
oder wahlweise

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung

Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)
Anspruch besteht alle zwei Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien.

Für Männer und Frauen werden speziell zum Hautkrebs-Screening folgende Untersuchungen durchgeführt:

Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Hautkrebs, Anspruch besteht alle zwei Jahre
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

3. Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Ziffer 23 GOÄ Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 24 GOÄ Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf im Abstand von 4 Wochen Wochen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 415 GOÄ Ultraschalluntersuchung
(ggf. Ziffer 403 GOÄ Zuschlag, Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen)
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3982 GOÄ AB0-Merkmale
Ziffer 3985 GOÄ Anti-Humanglobulin-Test
Ziffer 4232 GOÄ TPHA
Ziffer 4387 GOÄ Röteln-Virus

Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung)
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
sowie sechs bis acht Wochen nach der Entbindung
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 651 GOÄ EKG
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3760 GOÄ Protein im Urin

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind
Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u.a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.
Ziffer 25 GOÄ Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Erweitertes Neugeborenen-Screening:
2. - 3. Lebenstag
U2: 3. - 10. Lebenstag
U3: 4. - 6. Lebenswoche
U4: 3. - 4. Lebensmonat
U5: 6. - 7. Lebensmonat
U6: 10. - 12. Lebensmonat
U7: 21. - 24. Lebensmonat
U8: 43. - 48. Lebensmonat
U9: 60. - 64. Lebensmonat
J1: 12. - 14. Lebensjahr

Für die Kinderuntersuchungen erkennen wir die
Ziffer 26 GOÄ Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten an
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus).

Im Rahmen der Schutzimpfungen für Erwachsene und Kinder werden die Kosten der Impfsera, Beratungs- und Injektionsleistungen erstattet.

Zahnvorsorge
Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Zahnvorsorge.

Folgende Gebührenziffern werden anerkannt:
Ziffer 0010 GOZ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

ggf. mit
Ziffer 1 GOÄ Beratung, auch telefonisch

Alternativ erkennen wir ebenfalls an:

Ziffer 1000	GOZ	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 1010	GOZ	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 1020	GOZ	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel
Ziffer 1030	GOZ	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger je Kiefer
Ziffer 1040	GOZ	Professionelle Zahnreinigung

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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

Produktlinie privat Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 %)

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 500 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.000 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 2.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 3.000 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR jährlich.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung bei Unfall

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
1.6 Hilfsmittel
1.7 Sehhilfen
1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.9 Ambulante Transportkosten
1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
1.11 Behandlung durch Heilpraktiker
1.12 Häusliche Behandlungspflege

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Wahlleistungen bei Unfall
3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
5.3 Entziehungsmaßnahmen
5.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Gesundheitsbonus
1 Voraussetzung
2 Höhe

D Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

E Anpassungsvorschriften

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechnung
5 Tarifbezeichnung

G Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif START-PLUS 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

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 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien und in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Sozialgesetzbuch V (SGB V)) genannt sind.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
- 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:
  - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
  - Facharzt für Kinderheilkunde
  - Facharzt für Gynäkologie
  - Facharzt für Augenheilkunde
  - Not- oder Bereitschaftsarzt

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

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

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR pro Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet; für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine 100 %-Erstattung ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag von 2.000 EUR pro Kalenderjahr maßgeblich.

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

Für Arzneimittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,
- 75 % in allen übrigen Fällen.

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

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 500 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 500 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.

1.7 Sehhilfen
Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.

Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr.

Darüber hinaus werden Heilmittel zu 100 % erstattet, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.9 Ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen, sofern sie vor Behandlungsbeginn vom Versicherer schriftlich zugesagt wurden. Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.11 Behandlungen durch Heilpraktiker
Die Kosten der Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden nicht erstattet.

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 70 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 70 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 70 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 90 % kann in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätte.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	500 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.000 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	2.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR maximal pro Versicherungsjahr.

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

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen bei Unfall
Erstattet werden nach Unfall zu 100 % die Kosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ. Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

4 Selbstbehalt
Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 1 und stationäre Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt 480 EUR abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

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

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

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der „Card für Privatversicherte“, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen
Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Gesundheitsbonus

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

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

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

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

2 Höhe
Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 400 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 500 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 600 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

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

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

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

D Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START-PLUS, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START-PLUS in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen.

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

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

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

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

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

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

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

E Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

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

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
- keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
- kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

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

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

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

3 Fortführung der Versicherung

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

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

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

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

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

4 Beitragsberechnung

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

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

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

G Sonstige Bestimmungen

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

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarif START-PLUS

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B/C/D
Behandlungspflege (B 1.12)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.3)
Bestattungskosten (B 5.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Entziehungsmaßnahmen (B 5.3)
Ergotherapie (B 1.8)

F
Fahrtkosten (B 3.4)

G
Generika (B 1.5)
Gesundheitsbonus (C)
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.11)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.8)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.8)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 5.4)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankentransportkosten (B 3.4)

L
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

M/N
Massage (B 1.8)
Massagegeräte (B 1.8)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (D)

P/Q
Psychotherapie (B 1.10)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.8)
Sehhilfen (B 1.7)
Sehstärke (B 1.7)
Selbstbehalt (B 4)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 5.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (D 6)
Unfall (B 3.2)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wahlleistungen (B 3.2)
Wartezeiten (A 2)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)START-PLUS

Produktlinie **privat Unisex**

1. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

2. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?
Sofern die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch den Hausarzt erfolgt, erhalten Sie 100 % der erstattungsfähigen Kosten. Als Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist) gelten auch der Facharzt für Kinderheilkunde, Gynäkologie oder Augenheilkunde oder im Falle einer Notfallbehandlung der Not- oder Bereitschaftsarzt.

Erfolgt die Erstbehandlung nicht durch den Hausarzt, beträgt die Erstattung für die gesamte laufende Behandlung 75 %. Erreicht die 25 %ige Selbstbeteiligung einen Betrag von 1.000 EUR* im Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

4. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden bezahlt?
Der Tarif (R-)START-PLUS leistet neben den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Anhang zu diesem Informationsblatt und finden Sie unter www.g-ba.de.

5. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Encephalitis.

6. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Nein, Leistungen des Heilpraktikers und Heilpraktikerverordnungen sind nicht erstattungsfähig.

7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht und vor

*Für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen sowie Verbandmittel beträgt die Erstattung 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR (bei Personen unter 20 Jahren 2.000 EUR) im Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

Behandlungsbeginn durch uns schriftlich zugesagt wird. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

8. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen einen Betrag von bis zu 150 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 300 EUR.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 500 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 500 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?

Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Dies entspricht einer maximalen Erstattung von 375 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % für den im Kalenderjahr 500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, wenn die Heilmittel in Verbindung mit einer in den AVB aufgezählten schweren Erkrankung verordnet wurden.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Erstattung beträgt direkt 100 %, sofern Sie auf ein vorhandenes Generikum zurückgreifen bzw. noch kein Generikum auf dem Markt zur Verfügung steht oder es sich um eine Notfall- oder Unfallbehandlug handelt bzw. im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktionen auftreten oder zu befürchten sind.

Für Informationen und Preise von Arzneimitteln (Originalpräparate und Generika) steht Ihnen im Internet auf der Seite www.derprivatpatient.de eine umfangreiche Arzneimittel-Datenbank zur Verfügung.

12. Was sind Generika?
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen - z. B. das Generikum ASS Ratiopharm gleicht dem Referenzpräparat Aspirin von Bayer. Da aufwändige Forschungskosten zum Teil entfallen, wird es möglich, dieses Medikament kostengünstiger zuzulassen und herzustellen. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum exisitiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

13. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. der GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

14. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ erstattet.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr der Versicherung bleibt die Erstattung bei 90 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

16. Werden auch Implantate erstattet?
Ja, Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig.

17. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden 20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet.

18. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Es gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr	500 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.000 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	2.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	3.000 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR pro Versicherungsjahr. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

19. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 1.500 EUR, reichen Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung ein.

20. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Sofern Sie aufgrund eines Unfalls ins Krankenhaus müssen, erhalten Sie zusätzlich Leistungen für die privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen sowie die Unterbringung im Zweibettzimmer (Wahlleistungen).

21. Welche Leistungen erhalte ich aus dem Gesundheitsbonus?
Haben Sie für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen in Anspruch genommen (leistungsfreies Kalenderjahr), erhalten Sie einen Gesundheitsbonus von 400 EUR. Für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge erhöht sich der Gesundheitsbonus auf 500 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Jahr in Folge auf 600 EUR. Für Personen unter 20 Jahren bzw. Personen mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten halbiert sich der Gesundheitsbonus.

22. Welche Voraussetzungen muss ich für den Gesundheitsbonus erfüllen?
Neben der Leistungsfreiheit für das abgelaufene Kalenderjahr sind folgende Voraussetzungen für den Gesundheitsbonus zu erfüllen:

- Der Tarif (R-)START-PLUS bestand während des abgelaufenen Kalenderjahres mindestens einen Monat und
- bestand ununterbrochen mindestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fort (Ausnahmen, wenn der Vertrag durch Ableben oder Versicherungspflicht endet) und
- bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr sind die Beiträge voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden.

23. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Der absolute Selbstbehalt beträgt 480 EUR (bei Personen unter 20 Jahren 240 EUR) pro Kalenderjahr und wird von den tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich abgezogen.

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Im Einzelnen sind dies die unter Punkt 1. bis 4. aufgeführten Untersuchungen:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung)

Einmal innerhalb von zwei Jahren kann folgende Untersuchung erfolgen.

Anamnese (Vorgeschichte):
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
und
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Laboruntersuchungen Blut und Urin:
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3562 H1 GOÄ Cholesterin
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl.

Bei Männern haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 28 GOÄ Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Männern wird zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt:

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei Frauen haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 27 GOÄ Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Spiegeleinstellung der Portio
Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
Ziffer 4851 GOÄ zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Frauen kann zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt werden:
Abtasten der Brustdrüse und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust.

Zusätzlich kann bei Frauen folgende Untersuchung durchgeführt werden:
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms
2x Ziffer 5266 GOÄ Mammographie
(ggf. Ziffer 5298 GOÄ Zuschlag)
Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch im Abstand von 24 Monaten

Für Männer und Frauen werden speziell zur Darmkrebsfrüherkennung folgende Untersuchungen durchgeführt:

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Koloskopie:
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata
Ziffer 451 GOÄ Intravenöse Kurznarkose
alternativ hierzu
Ziffer 452 GOÄ Intravenöse Narkose - mehrmalige Verabreichung
Ziffer 602 GOÄ Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 650 GOÄ EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen
Ziffer 687 GOÄ Hohe Koloskopie
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
oder wahlweise

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung

Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)
Anspruch besteht alle zwei Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien.

Für Männer und Frauen werden speziell zum Hautkrebs-Screening folgende Untersuchungen durchgeführt:

Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Hautkrebs, Anspruch besteht alle zwei Jahre
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

3. Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Ziffer 23 GOÄ Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 24 GOÄ Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf im Abstand von 4 Wochen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 415 GOÄ Ultraschalluntersuchung
(ggf. Ziffer 403 GOÄ Zuschlag, Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen)
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3982 GOÄ AB0-Merkmale
Ziffer 3985 GOÄ Anti-Humanglobulin-Test
Ziffer 4232 GOÄ TPHA
Ziffer 4387 GOÄ Röteln-Virus

Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung)
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
sowie sechs bis acht Wochen nach der Entbindung
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 651 GOÄ EKG
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3760 GOÄ Protein im Urin

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind
Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u.a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.
Ziffer 25 GOÄ Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Erweitertes Neugeborenen-Screening:
2. - 3. Lebenstag
U2: 3. - 10. Lebenstag
U3: 4. - 6. Lebenswoche
U4: 3. - 4. Lebensmonat
U5: 6. - 7. Lebensmonat
U6: 10. - 12. Lebensmonat
U7: 21. - 24. Lebensmonat
U8: 43. - 48. Lebensmonat
U9: 60. - 64. Lebensmonat
J1: 12. - 14. Lebensjahr

Für die Kinderuntersuchungen erkennen wir die
Ziffer 26 GOÄ Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten an
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus).

Im Rahmen der Schutzimpfungen für Erwachsene und Kinder werden die Kosten der Impfsera, Beratungs- und Injektionsleistungen erstattet.

Zahnvorsorge
Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Zahnvorsorge.

Folgende Gebührenziffern werden anerkannt:
Ziffer 0010 GOZ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

ggf. mit
Ziffer 1 GOÄ Beratung, auch telefonisch

Alternativ erkennen wir ebenfalls an:

Ziffer 1000	GOZ	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 1010	GOZ	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 1020	GOZ	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel
Ziffer 1030	GOZ	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger je Kiefer
Ziffer 1040	GOZ	Professionelle Zahnreinigung

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife KOMFORT 1, 2, 3 – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Produktlinie privat Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 %)
75 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 5.000 EUR jährlich.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
1.6 Hilfsmittel
1.7 Sehhilfen
1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.9 Ambulante Transportkosten
1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
1.11 Behandlung durch Heilpraktiker
1.12 Ambulante Operationen
1.13 Häusliche Behandlungspflege

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Wahlleistungen
3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.4 Krankenhaustagegeld
3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.6 Begleitperson bei Kindern

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
5.3 Entziehungsmaßnahmen
5.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechnung
5 Tarifbezeichnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT 1, KOMFORT 2 und KOMFORT 3 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

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 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

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

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen wie z. B. in den „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ oder den „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
- 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:
  - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
  - Facharzt für Kinderheilkunde
  - Facharzt für Gynäkologie
  - Facharzt für Augenheilkunde
  - Not- oder Bereitschaftsarzt

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

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

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR pro Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet; für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine 100 %-Erstattung ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag von 2.000 EUR pro Kalenderjahr maßgeblich.

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

Für Arzneimittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages
- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,
- 75 % in allen übrigen Fällen.

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

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

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

1.7 Sehhilfen
Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.9 Ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

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

1.12 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, zahlt der Versicherer zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1 eine Vergütung von 200 EUR.

1.13 Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis maximal 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet
(Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.6: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und B 2.4.3: (70 - 90 %) = 875 - 1.125 EUR).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 70 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 70 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 70 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 90 % kann in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr 5.000 EUR maximal pro Versicherungsjahr.

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

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen
Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG bis zu den Höchstsätzen der GOÄ. Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt. Die Leistungen durch Beleghebammen und -entbindungspfleger sind ebenfalls erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankenhaustagegeld
Der Versicherer zahlt
- ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
- ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zweibettzimmer verzichtet.

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

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

3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.6 Begleitperson bei Kindern
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif KOMFORT, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

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

480 EUR	im Tarif KOMFORT 1
960 EUR	im Tarif KOMFORT 2
2.400 EUR	im Tarif KOMFORT 3

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

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

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

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der „Card für Privatversicherte“, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen
Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach den KOMFORT-Tarifen, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den KOMFORT-Tarifen in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

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

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

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

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

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

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

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

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten für die R-KOMFORT-Tarife noch folgende Bestimmungen:

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die
– sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
– keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
– kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

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

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

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

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

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

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören. Voraussetzung ist, dass
– nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
– keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
– der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

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

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

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-KOMFORT 1).

F Sonstige Bestimmungen

Neben den (R-)KOMFORT-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife KOMFORT

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.12)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B/C/D
Begleitperson (B 3.6)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.3)
Bestattungskosten (B 5.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Entziehungsmaßnahmen (B 5.3)
Ergotherapie (B 1.8)

F
Fahrtkosten (B 3.5)

G
Generika (B 1.5)
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.13)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.11)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.8)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.8)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 5.4)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankenhaustagegeld (B 3.4)
Krankentransportkosten (B 3.5)

L
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

M/N
Massage (B 1.8)
Massagegeräte (B 1.8)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.10)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.8)
Sehhilfen (B 1.7)
Sehstärke (B 1.7)
Selbstbehalt (B 4)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 5.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wahlleistungen (B 3.2)
Wartezeiten (A)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)KOMFORT

Produktlinie **privat Unisex**

1. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

2. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Verbandmittel?
Sofern die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch den Hausarzt erfolgt, erhalten Sie 100 % der erstattungsfähigen Kosten. Als Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist) gelten auch der Facharzt für Kinderheilkunde, Gynäkologie oder Augenheilkunde oder im Falle einer Notfallbehandlung der Not- oder Bereitschaftsarzt.

Erfolgt die Erstbehandlung nicht durch den Hausarzt, beträgt die Erstattung für die gesamte laufende Behandlung 75 %. Erreicht die 25 %ige Selbstbeteiligung einen Betrag von 1.000 EUR* im Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

4. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen der Vorsorgeprogramme bezahlt?
Der Tarif (R-)KOMFORT leistet neben den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie der Kinder und Jugendlichenvorsorge unter anderem auch für Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Anhang zu diesem Informationsblatt und finden Sie unter www.g-ba.de.

Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer werden auch Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren erstattet.

5. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

6. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Der Erstattungsprozentsatz beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres beträgt 750 EUR.

*Für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen sowie Verbandmittel beträgt die Erstattung 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR (bei Personen unter 20 Jahren 2.000 EUR) im Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht und ab der 31. Sitzung durch uns schriftlich zugesagt wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

8. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen einen Betrag von bis zu 150 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 300 EUR.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, bedarf die Kostenerstattung unsere vorherige Zusage.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?
Erstattet werden 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine in den Versicherungsbedingungen aufgezählte schwere Erkrankung vorliegt.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Erstattung beträgt direkt direkt 100 %, sofern Sie auf ein vorhandenes Generikum zurückgreifen bzw. noch kein Generikum auf dem Markt zur Verfügung steht oder es sich um eine Notfall- oder Unfallbehandlung handelt bzw. im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktionen auftreten oder zu befürchten sind.

Für Informationen und Preise von Arzneimitteln (Originalpräparate und Generika) steht Ihnen im Internet auf der Seite www.derprivatpatient.de eine umfangreiche Arzneimittel-Datenbank zur Verfügung.

12. Was sind Generika?
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen - z. B. das Generikum ASS Ratiopharm gleicht dem Referenzpräparat Aspirin von Bayer.

Da aufwändige Forschungskosten zum Teil entfallen, wird es möglich, dieses Medikament kostengünstiger zuzulassen und herzustellen. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

13. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. der GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

14. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ erstattet.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr bleibt die Erstattung bei 90 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

16. Werden auch Implantate erstattet?
Ja, Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig. Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat wird ein Rechnungsbetrag bis max. 1.250 EUR anerkannt.

17. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden 20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet.

18. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Es gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr 5.000 EUR pro Versicherungsjahr. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

19. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 2.500 EUR, reichen Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung ein.

20. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Zusätzlich wird für die privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen im Zweibettzimmer geleistet (Wahlleistungen). Bei Verzicht auf die Wahlleistungen erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld.

21. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Der absolute Selbstbehalt beträgt 480 EUR im Tarif (R-)KOMFORT1, 960 EUR im Tarif (R-)KOMFORT2, 2.400 EUR im Tarif (R-)KOMFORT3 pro Kalenderjahr und wird von den tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich abgezogen (für Personen unter 20 Jahren halbiert sich der Selbstbehalt).

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen
Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Im Einzelnen sind dies die unter Punkt 1. bis 4. aufgeführten Untersuchungen:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung)

Einmal innerhalb von zwei Jahren kann folgende Untersuchung erfolgen.

Anamnese (Vorgeschichte):
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
und
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Laboruntersuchungen Blut und Urin:
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3562 H1 GOÄ Cholesterin
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl.

Bei Männern haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 28 GOÄ Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Männern wird zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt:

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei Frauen haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 27 GOÄ Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Spiegeleinstellung der Portio
Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
Ziffer 4851 GOÄ zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Frauen kann zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt werden:
Abtasten der Brustdrüse und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust.

Zusätzlich kann bei Frauen folgende Untersuchung durchgeführt werden:
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms
2x Ziffer 5266 GOÄ Mammographie
(ggf. Ziffer 5298 GOÄ Zuschlag)
Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch im Abstand von 24 Monaten

Für Männer und Frauen werden speziell zur Darmkrebsfrüherkennung folgende Untersuchungen durchgeführt:

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Koloskopie:
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms
und/oder der Prostata
Ziffer 451 GOÄ Intravenöse Kurznarkose
alternativ hierzu
Ziffer 452 GOÄ Intravenöse Narkose - mehrmalige Verabreichung
Ziffer 602 GOÄ Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 650 GOÄ EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

Ziffer 687 GOÄ Hohe Koloskopie
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

oder wahlweise

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Anspruch besteht alle zwei Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien.

Für Männer und Frauen werden speziell zum Hautkrebs-Screening folgende Untersuchungen durchgeführt:

Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Hautkrebs, Anspruch besteht alle zwei Jahre
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

3. Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Ziffer 23 GOÄ Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 24 GOÄ Untersuchung im Schwangerschafts verlauf im Abstand von 4 Wochen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 415 GOÄ Ultraschalluntersuchung
(ggf. Ziffer 403 GOÄ Zuschlag, Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen)
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3982 GOÄ AB0-Merkmale
Ziffer 3985 GOÄ Anti-Humanglobulin-Test
Ziffer 4232 GOÄ TPHA
Ziffer 4387 GOÄ Röteln-Virus

Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung)
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
sowie sechs bis acht Wochen nach der Entbindung
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 651 GOÄ EKG
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3760 GOÄ Protein im Urin

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind
Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u.a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.

Ziffer 25 GOÄ Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Erweitertes Neugeborenen-Screening:
2. - 3. Lebenstag
U2: 3. - 10. Lebenstag
U3: 4. - 6. Lebenswoche
U4: 3. - 4. Lebensmonat
U5: 6. - 7. Lebensmonat
U6: 10. - 12. Lebensmonat
U7: 21. - 24. Lebensmonat
U8: 43. - 48. Lebensmonat
U9: 60. - 64. Lebensmonat
J1: 12. - 14. Lebensjahr

Für die Kinderuntersuchungen erkennen wir die
Ziffer 26 GOÄ Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten an
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus).

Im Rahmen der Schutzimpfungen für Erwachsene und Kinder werden die Kosten der Impfsera, Beratungs- und Injektionsleistungen erstattet.

Zahnvorsorge
Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Zahnvorsorge.

Folgende Gebührenziffern werden anerkannt:

Ziffer 0010	GOZ	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

ggf. mit

Ziffer 1	GOÄ	Beratung, auch telefonisch

Alternativ erkennen wir ebenfalls an:

Ziffer 1000	GOZ	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 1010	GOZ	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 1020	GOZ	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel
Ziffer 1030	GOZ	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger je Kiefer
Ziffer 1040	GOZ	Professionelle Zahnreinigung

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife KOMFORT-PLUS 1, 2, 3 – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Produktlinie privat Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (80 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 80 %)
80 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR.
Ab dem fünften Versicherungsjahr besteht keine Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung; bei Unfall Einbettzimmer zu 100 %

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Hilfsmittel
1.6 Sehhilfen
1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.8 Ambulante Transportkosten
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
1.11 Ambulante Operationen
1.12 Häusliche Behandlungspflege

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Wahlleistungen
3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.4 Krankenhaustagegeld
3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.6 Begleitperson bei Kindern
3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
5.3 Entziehungsmaßnahmen
5.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Gesundheitsbonus
1 Voraussetzung
2 Höhe

D Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

E Anpassungsvorschriften
1 Beitragsanpassung
2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechnung
5 Tarifbezeichnung

G Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-PLUS 1, KOMFORT-PLUS 2 und KOMFORT-PLUS 3 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

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 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a Teil II, sofern die entsprechenden Rechnungen der Ärzte und die Rezepte für den Impfstoff zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen wie z. B. in den „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ oder den „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a Teil II, sofern die im Anhang genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

Die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt,
- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,
- 100 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,
- 80 % in allen übrigen Fällen.

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

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

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

1.6 Sehhilfen
Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.8 Ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 80 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

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

1.11 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, zahlt der Versicherer zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1 eine Vergütung von 200 EUR.

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Teil II Abs. 6a, sofern die im Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

2.2 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

2.4 Zahnersatz

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

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

Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis maximal 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet
(Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.6: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und B 2.4.3: (70 - 90 %) = 875 - 1.125 EUR).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 70 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 70 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 70 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 90 % kann in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

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

2.7 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung eine Selbstbeteiligung von 40 EUR abgezogen.

Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

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

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger

Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG nach der geltenden GOÄ. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt. Die Leistungen durch Beleghebammen und -entbindungspfleger sind ebenfalls erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankenhaustagegeld
Der Versicherer zahlt
– ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
– ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

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

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

3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.6 Begleitperson bei Kindern
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif KOMFORT-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif KOMFORT-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf maximal 80 EUR pro Tag. Voraussetzungen sind:
– bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und
– die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und
– keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht.

Diese Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um
– ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
– eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
– eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht,
handelt.

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

480 EUR	im Tarif KOMFORT-PLUS 1
960 EUR	im Tarif KOMFORT-PLUS 2
2.400 EUR	im Tarif KOMFORT-PLUS 3

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

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

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der „Card für Privatversicherte“, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen
Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Gesundheitsbonus

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

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

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

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

2 Höhe
Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 600 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

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

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

Keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus hat die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ sowie Zahnvorsorge gemäß Abschnitt B 2.1 in Verbindung mit dem Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.

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

D Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach den KOMFORT-PLUS-Tarifen, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den KOMFORT-PLUS-Tarifen in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

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

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

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

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

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

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

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

E Anpassungsvorschriften

1 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)
Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen passt der Versicherer unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I das „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse an. Diese Anpassung erfolgt spätestens zum 01.01. des nach Bekanntmachung der Änderung der Gesundheitsrichtlinien im Bundesanzeiger folgenden Jahres.

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C, D und E gelten für die R-KOMFORT-PLUS-Tarife noch folgende Bestimmungen:

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die

- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
- keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
- kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

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

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

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

3 Fortführung der Versicherung

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

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

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

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

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

4 Beitragsberechnung

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

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-KOMFORT-PLUS 1).

G Sonstige Bestimmungen

Neben den (R-)KOMFORT-PLUS-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife KOMFORT-PLUS

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.11)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B/C/D
Begleitperson (B 3.6 und B 3.7)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.3)
Bestattungskosten (B 5.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

E
Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Entziehungsmaßnahmen (B 5.3)
Ergotherapie (B 1.7)

F
Fahrtkosten (B 3.5)

G
Gesundheitsbonus (C)
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Haushaltspflegekraft (B 3.6)
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 5.4)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankenhaustagegeld (B 3.4)
Krankentransportkosten (B 3.5)

L
Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N
Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (D)

P/Q
Psychotherapie (B 1.9)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Selbstbehalt (B 4)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 5.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (D 6)
Unfall (B 3.2)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wahlleistungen (B 3.2)
Wartezeiten (A)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)KOMFORT-PLUS

Produktlinie **privat Unisex**

1. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

2. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen und Verbandmittel?
Für ärztliche Behandlungen, Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen erhalten Sie 100 % der erstattungsfähigen Kosten.

4. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen der Vorsorgeprogramme bezahlt?
Der Tarif (R-)KOMFORT-PLUS leistet neben den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie der Kinder und Jugendlichenvorsorge unter anderem auch für Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu - auch hinsichtlich der Neutralität zur Beitragsrückerstattung - entnehmen Sie bitte dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und finden Sie unter www.g-ba.de.

Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer werden auch Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren erstattet.

5. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

6. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Der Erstattungsprozentsatz beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres beträgt 1.600 EUR.

7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht und ab der 31. Sitzung durch uns schriftlich zugesagt wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

8. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen einen Betrag von bis zu 300 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 600 EUR.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?

Erstattet werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine in den Versicherungsbedingungen aufgezählte schwere Erkrankung vorliegt.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Erstattung beträgt direkt 100 %, sofern Sie auf ein vorhandenes Generikum zurückgreifen bzw. noch kein Generikum auf dem Markt zur Verfügung steht oder es sich um eine Notfall- oder Unfallbehandlung handelt bzw. im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktionen auftreten oder zu befürchten sind.

Für Informationen und Preise von Arzneimitteln (Originalpräparate und Generika) steht Ihnen im Internet auf der Seite www.derprivatpatient.de eine umfangreiche Arzneimittel-Datenbank zur Verfügung.

12. Was sind Generika?
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen - z. B. das Generikum ASS Ratiopharm gleicht dem Referenzpräparat Aspirin von Bayer. Da aufwändige Forschungskosten zum Teil entfallen, wird es möglich, dieses Medikament kostengünstiger zuzulassen und herzustellen. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

13. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. der GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

14. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ erstattet.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr bleibt die Erstattung bei 90 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

16. Werden auch Implantate erstattet?
Ja, Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig. Der Kostenersatz für Implantologie ist während der Vertragsdauer begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat wird ein Rechnungsbetrag bis max. 1.250 EUR anerkannt.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

17. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden 20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet

18. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Es gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

19. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 2.500 EUR, reichen Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung ein.

20. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Zusätzlich wird für die privatärztliche Behandlung nach der geltenden Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen im Zweibettzimmer geleistet (Wahlleistungen). Wenn Sie lieber im Einbettzimmer liegen möchten, zahlen Sie lediglich einen Eigenanteil von 40 EUR pro Tag. Diese Selbstbeteiligung entfällt, wenn Sie aufgrund eines Unfalls ins Krankenhaus müssen. Bei Verzicht auf die Wahlleistungen erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld.

Der Tarif (R-)KOMFORT-PLUS bietet unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich Leistungen für eine Begleitperson im Krankenhaus (Rooming in).

21. Welche Leistungen erhalte ich aus dem Gesundheitsbonus?
Haben Sie für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen (leistungsfreies Kalenderjahr) - mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Zahnvorsorge gemäß dem Angang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und Schutzimpfungen unter Einreichung des Vorblattes für Vorsorgeuntersuchungen - in Anspruch genommen, erhalten Sie einen Gesundheitsbonus von 600 EUR. Für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge erhöht sich der Gesundheitsbonus auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Jahr in Folge auf 900 EUR. Für Personen unter 20 Jahren bzw. Personen mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten halbiert sich der Gesundheitsbonus.

22. Welche Voraussetzungen muss ich für den Gesundheitsbonus erfüllen?
Neben der Leistungsfreiheit für das abgelaufene Kalenderjahr sind folgende Voraussetzungen für den Gesundheitsbonus zu erfüllen:

- Der Tarif (R-)KOMFORT-PLUS bestand während des abgelaufenen Kalenderjahres mindestens einen Monat und
- bestand ununterbrochen bis mindestens zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fort (Ausnahmen, wenn der Vertrag durch Ableben oder Versicherungspflicht endet) und
- bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr sind die Beiträge voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden.

23. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Der absolute Selbstbehalt beträgt 480 EUR im Tarif (R-)KOMFORT-PLUS1, 960 EUR im Tarif (R-)KOMFORT-PLUS2, 2.400 EUR im Tarif (R-)KOMFORT-PLUS3 pro Kalenderjahr und wird von den tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich abgezogen (für Personen unter 20 Jahren halbiert sich der Selbstbehalt).

Bei Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen entfällt der Selbstbehalt, sofern die im Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EXKLUSIV 0, 1, 2 – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Produktlinie privat Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel- und Verbandmittelerstattung
100 % Hilfsmittel
100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu 1.500 EUR
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 80 %)
80 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR.
Ab dem fünften Versicherungsjahr besteht keine Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
100 % Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Hilfsmittel
1.6 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.8 Ambulante Transportkosten
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
1.11 Ambulante Operationen
1.12 Häusliche Behandlungspflege

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Wahlleistungen
3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.4 Krankenhaustagegeld
3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.6 Begleitperson bei Kindern
3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
5.3 Entziehungsmaßnahmen
5.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
1 Beitragsbefreiung
2 Beitragsreduzierung
3 Ende der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
4 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

E Anpassungsvorschriften
1 Beitragsanpassung
2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechnung
5 Tarifbezeichnung

G Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV 0, EXKLUSIV 1 und EXKLUSIV 2 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

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 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a Teil II, sofern die entsprechenden Rechnungen der Ärzte und die Rezepte für den Impfstoff zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen wie z. B. in den „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ oder den „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a Teil II, sofern die im Anhang genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

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

1.6 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV entsteht ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen zu 100 % für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu 1.500 EUR insgesamt für beide Augen.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich dabei jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden für den Ablauf der

jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt. Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-PLUS werden berücksichtigt.

Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.8 Ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 80 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

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

1.11 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, zahlt der Versicherer zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1 eine Vergütung von 200 EUR.

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden erstattet:

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Teil II Abs. 6a, sofern die im Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

2.2 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.3 Kieferorthopädie
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis maximal 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet
(Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.6: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und B 2.4.3: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 75 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 75 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 75 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 90 % kann in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

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

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen
Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG nach der geltenden GOÄ. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt. Die Leistungen durch Beleghebammen und -entbindungspfleger sind ebenfalls erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankenhaustagegeld
Der Versicherer zahlt
– ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
– ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

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

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

3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.6 Begleitperson bei Kindern
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf maximal 80 EUR pro Tag. Voraussetzungen sind:

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

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht.

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

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

handelt.

4 Selbstbehalt

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

0 EUR	im Tarif EXKLUSIV 0
480 EUR	im Tarif EXKLUSIV 1
960 EUR	im Tarif EXKLUSIV 2

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

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

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

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der „Card für Privatversicherte“, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

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

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen

Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach den EXKLUSIV-Tarifen, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-Tarifen in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

2 Alterungsrückstellung

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

3 Gesundheitsprüfung

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

4 Information über die Ausübung der Option

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

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

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts

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

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

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

D Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

1 Beitragsbefreiung
Wird die nach einem der EXKLUSIV-Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-Tarifen ab Beginn des vierten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung in den Pflegegrad 5 erfolgt.

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

3 Ende der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
Die Beitragsfreiheit endet zum Letzten des Monats, in welchem die Leistungen nach Pflegegrad 5 wegfallen.
Die Beitragsreduzierung entfällt entsprechend zum Letzten des Monats, in welchem die Leistungen nach Pflegegrad 4 wegfallen, es sei denn, es erfolgt eine Höherstufung in Pflegegrad 5. In diesem Fall entfällt die Beitragsreduzierung erst mit Einsetzen der Beitragsfreiheit nach Abschnitt D 1.

4 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt D 1 und Beitragsreduzierung nach Abschnitt D 2 erfolgt nur, wenn und solange sich der Vertrag nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG befindet (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang).

E Anpassungsvorschriften

1 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)
Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen passt der Versicherer unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I das „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse an. Diese Anpassung erfolgt spätestens zum 01.01. des nach Bekanntmachung der Änderung der Gesundheitsrichtlinien im Bundesanzeiger folgenden Jahres.

F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C, D und E gelten für die R-EXKLUSIV-Tarife noch folgende Bestimmungen:

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die
– sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
– keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
– kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

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

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

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

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

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

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören. Voraussetzung ist, dass
– nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
– keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
– der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

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

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

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-EXKLUSIV 1).

H Sonstige Bestimmungen

Neben den (R-)EXKLUSIV-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Gesetzliche Krankenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch Elftes Buch
Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife EXKLUSIV

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.11)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B/C/D
Begleitperson (B 3.6 und B 3.7)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.3)
Bestattungskosten (B 5.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

E
Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Entziehungsmaßnahmen (B 5.3)
Ergotherapie (B 1.7)

F
Fahrtkosten (B 3.5)

G
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Haushaltspflegekraft (B 3.6)
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 5.4)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankenhaustagegeld (B 3.4)
Krankentransportkosten (B 3.5)

L
Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N
Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Pflegebedürftigkeit (D)
Psychotherapie (B 1.9)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Selbstbehalt (B 4)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 5.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wahlleistungen (B 3.2)
Wartezeiten (A)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)EXKLUSIV

Produktlinie **privat Unisex**

1. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

2. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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 grundsätzlich nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arznei- und Verbandmittel?
Sie erhalten 100 % der erstattungsfähigen Kosten und zwar unabhängig davon, ob die Erstbehandlung durch den Hausarzt erfolgt ist oder Generika (= alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) verordnet wurden.

4. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen der Vorsorgeprogramme bezahlt?
Der Tarif (R-)EXKLUSIV leistet neben den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie der Kinder- und Jugendlichenvorsorge unter anderem auch für Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu - auch hinsichtlich der Neutralität zur Beitragsrückerstattung - entnehmen Sie bitte dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und finden Sie unter www.g-ba.de.

Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer, werden auch Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren erstattet.

5. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

6. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Der Erstattungsprozentsatz beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres beträgt 1.600 EUR.

7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht und ab der 31. Sitzung durch uns schriftlich zugesagt wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

8. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen einen Betrag von bis zu 300 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 600 EUR.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Alternativ erstattungsfähig sind nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung die Kosten einer brechkraftverändernden Augenlaserkorrektur (LASIK/LASEK) bis zu 1.500 EUR zusammen für beide Augen. Wird diese Operation durchgeführt, besteht im Operationsjahr und in den fünf darauffolgenden Jahren kein Anspruch mehr auf Kostenerstattung für eine Brille oder Kontaktlinsen.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?

Erstattet werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine in den Versicherungsbedingungen aufgezählte schwere Erkrankung vorliegt.

11. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. der GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

12. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ erstattet.

13. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr bleibt die Erstattung bei 90 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf 80 %. Wird auch in dem Jahr, in dem der Erstattungsprozentsatz 80 % beträgt, keine Kontrolluntersuchung nachgewiesen, sinkt die Erstattung zum 01.01. des Kalenderjahres auf 75 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres wieder auf 80 % bzw. 90 %, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

14. Werden auch Implantate erstattet?
Auch Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig. Pro Implantat wird ein Rechnungsbetrag bis max. 1.250 EUR anerkannt.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden
20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet.

16. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Es gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

17. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 2.500 EUR, reichen Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung ein.

18. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer. Zusätzlich wird für die privatärztliche Behandlung nach der geltenden Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen im Ein- oder Zweibettzimmer geleistet (Wahlleistungen). Bei Verzicht auf die Wahlleistungen erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld.

Der Tarif (R-)EXKLUSIV bietet unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich Leistungen für eine Begleitperson im Krankenhaus (Rooming in).

19. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für den Tarif (R-)EXKLUSIV 0 besteht kein Selbstbehalt. Im Tarif (R-)EXKLUSIV 1 beträgt der absolute Selbstbehalt pro Kalenderjahr 480 EUR und 960 EUR im Tarif (R-)EXKLUSIV 2. Der Selbstbehalt wird von den tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich abgezogen (für Personen unter 20 Jahren halbiert sich der Selbstbehalt).

Bei Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen entfällt der Selbstbehalt, sofern die im Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EXKLUSIV-PLUS 0, 1, 2 – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Produktlinie privat Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel- und Verbandmittelerstattung
100 % Hilfsmittel
100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu 1.500 EUR
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 80 %)
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR.
Ab dem fünften Versicherungsjahr besteht keine Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen
100 % Ein- oder Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Hilfsmittel
1.6 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.8 Ambulante Transportkosten
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
1.11 Ambulante Operationen
1.12 Häusliche Behandlungspflege

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

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Wahlleistungen
3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.4 Krankenhaustagegeld
3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.6 Begleitperson bei Kindern
3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/Bestattung im Ausland
5.3 Entziehungsmaßnahmen
5.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Gesundheits- und Verhaltensbonus
1 Gesundheitsbonus
1.1 Voraussetzung
1.2 Höhe

2 Verhaltensbonus
2.1 Voraussetzung
2.2 Höhe

D Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

E Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
1 Beitragsbefreiung
2 Beitragsreduzierung
3 Ende der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
4 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

F Anpassungsvorschriften
1 Beitragsanpassung
2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechnung
5 Tarifbezeichnung

H Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-PLUS 0, EXKLUSIV-PLUS 1 und EXKLUSIV-PLUS 2 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

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 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen der ambulanten Behandlung werden erstattet:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten nach der geltenden GOÄ.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a Teil II, sofern die entsprechenden Rechnungen der Ärzte und die Rezepte für den Impfstoff zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen wie z. B. in den „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ oder den „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a Teil II, sofern die im Anhang genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä. selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.

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

1.6 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Erstattungsfähig sind die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-PLUS entsteht ein Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen zu 100 % für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) bis zu 1.500 EUR insgesamt für beide Augen.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich dabei jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-PLUS; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden für den Ablauf der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt. Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV werden berücksichtigt.

Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattet.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, werden sie zu 100 % erstattet:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.8 Ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

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

1.11 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, zahlt der Versicherer zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1 eine Vergütung von 200 EUR.

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung werden die im Folgenden beschriebenen Kosten erstattet.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

2.1 Zahnprophylaxe
Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Erstattungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Teil II Abs. 6a, sofern die im Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

2.2 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen.

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

2.4 Zahnersatz
2.4.1 Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz einschließlich Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) inklusive Reparaturen, Kosten für implantologische

Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

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

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis maximal 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der gemäß Abschnitt B 2.5 dargestellten Höchstsätze erstattet
(Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze gemäß Abschnitt B 2.5: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im folgenden Abschnitt B 2.4.2 und B 2.4.3: (75 - 90 %) = 937,50 - 1.125 EUR).

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf einen von 75 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 75 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 75 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 90 % kann in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

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

2.6 Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Wahlleistungen
Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

Bei einer akuten Behandlung im Ausland kommt die Gebührenordnung nicht zur Anwendung.

3.3 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG nach der geltenden GOÄ. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt. Die Leistungen durch Beleghebammen und -entbindungspfleger sind ebenfalls erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Beleghebammen und -entbindungspfleger.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.4 Krankenhaustagegeld
Der Versicherer zahlt
– ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen, auch keine privatärztlichen Leistungen von Belegärzten, in Anspruch nimmt,
– ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR, wenn die versicherte Person während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet.

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

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

3.5 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Erstattungsfähig sind die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.6 Begleitperson bei Kindern
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

3.7 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV-PLUS, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und

Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf maximal 80 EUR pro Tag. Voraussetzungen sind:
– bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und
– die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und
– keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht.

Diese Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um
– ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
– eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
– eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht

handelt.

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

0 EUR	im Tarif EXKLUSIV-PLUS 0
480 EUR	im Tarif EXKLUSIV-PLUS 1
960 EUR	im Tarif EXKLUSIV-PLUS 2

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

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

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

Keine Anrechnung auf den Selbstbehalt erfolgt für die Erstattung der Kosten für Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“, für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2 sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (siehe Abschnitt C 2).

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus z. B. bei Verwendung der „Card für Privatversicherte“, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

5.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

5.4 Kommunikationshilfeleistungen
Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Gesundheits- und Verhaltensbonus

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

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

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

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

1.2 Höhe
Der Gesundheitsbonus beträgt für das erste leistungsfreie Kalenderjahr 600 EUR. Der Gesundheitsbonus erhöht sich für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. In dieser Hinsicht werden Vorversicherungszeiten aus Krankenversicherungen angerechnet, welche den Anforderungen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügen.

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

Für das abgelaufene Kalenderjahr, in dem dieser Tarif erstmals abgeschlossen wurde, beträgt der Gesundheitsbonus nur soviel Zwölftel wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Kalenderjahr entsprechen.

Keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus hat die Erstattung der Kosten der zur Erlangung des Verhaltensbonus erforderlichen Untersuchungen sowie der Verhaltensbonus selbst gemäß Abschnitt C 2, die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß Abschnitt B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ sowie Zahnvorsorge gemäß Abschnitt B 2.1 in Verbindung mit dem Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ und Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2.

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

2 Verhaltensbonus

Der Verhaltensbonus ist eine auf Antrag einmal im Jahr erfolgende Summenauszahlung, mit der der Versicherer gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person im abgelaufenen Kalenderjahr honoriert, sofern

– in diesem Zusammenhang jährlich vier der in Abschnitt C 2.1 genannten fünf Untersuchungen durchgeführt werden,
– die Ergebniswerte (BMI, Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin) im Normbereich liegen und
– der schriftliche Nachweis durch entsprechende Bestätigung bzw. Bescheinigung der die Untersuchung durchführenden Stelle erfolgt.

2.1 Voraussetzung

Die jährliche Auszahlung des Verhaltensbonus für das abgelaufene Kalenderjahr kann durch die versicherte Person ab dem Folgejahr beantragt werden. Ein entsprechendes Antragsformular wird vom Versicherer zur Verfügung gestellt. Ein Anspruch auf den Verhaltensbonus besteht:

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

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

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

Die Werte des BMI, Blutdruck und Blutzucker sowie die Cholesterinwerte sollten durch Untersuchung eines/einer Apothekers/ Apothekerin nachgewiesen werden. Der Nachweis der Zahnvorsorge erfolgt durch die Bescheinigung der Durchführung der zahnärztlichen Untersuchung.

Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres setzt die Auszahlung des Verhaltensbonus voraus, dass nach Vertragsabschluss altersgemäß die Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen (U1 bis U9 bis 64. Lebensmonat) durchgeführt werden. Danach muss jährlich ein normgerechter BMI sowie die Zahnvorsorge und die altersentsprechende Durchführung der Vorsorgeuntersuchung J1 nach gesetzlich eingeführtem Programm nachgewiesen werden. Der BMI für Kinder muss durch einen Arzt in Abhängigkeit von Größe, Alter, Gewicht und Geschlecht bestimmt werden.

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

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

2.2 Höhe

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

D Optionsrecht

1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

2 Alterungsrückstellung

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

3 Gesundheitsprüfung

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

4 Information über die Ausübung der Option

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

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

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts

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

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

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

E Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit

1 Beitragsbefreiung
Wird die nach einem der EXKLUSIV-PLUS-Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen ab Beginn des vierten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung in den Pflegegrad 5 erfolgt.

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

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

4 Ausschluss der Besonderheiten zur Beitragszahlung bei Pflegebedürftigkeit
Die Beitragsbefreiung nach Abschnitt E 1 und Beitragsreduzierung nach Abschnitt E 2 erfolgt nur, wenn und solange sich der Vertrag nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG befindet (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang).

F Anpassungsvorschriften

1 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

2 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)
Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen passt der Versicherer unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I das „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse an. Diese Anpassung erfolgt spätestens zum 01.01. des nach Bekanntmachung der Änderung der Gesundheitsrichtlinien im Bundesanzeiger folgenden Jahres.

G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C, D, E und F gelten für die R-EXKLUSIV-PLUS-Tarife noch folgende Bestimmungen:

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die
- sich in Schulausbildung im Vollzeitunterricht an weiterbildenden Schulen befinden oder in Vollzeit studieren und
- keine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt mit mehr als 20 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ausüben beziehungsweise
- kein Einkommen aus selbstständiger Arbeit erzielen, das regelmäßig im Monat die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) überschreitet

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

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

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

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

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

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

Alternativ zu der Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen besteht für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit das Recht, den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach leistungsstärkeren Tarifen ohne Sonderbedingungen fortzuführen, die zu diesem Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören. Voraussetzung ist, dass
- nach Abschluss des Studiums eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis erfolgt,
- keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingetreten ist und
- der Arbeitsvertrag als Nachweis eingereicht wird.

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

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

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch ein R ergänzt (z. B. R-EXKLUSIV-PLUS 1).

H Sonstige Bestimmungen

Neben den (R-)EXKLUSIV-PLUS-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Gesetzliche Krankenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch Elftes Buch
Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife EXKLUSIV-PLUS

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.11)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

B/C/D
Begleitperson (B 3.6 und B 3.7)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.3)
Bestattungskosten (B 5.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

E
Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Entziehungsmaßnahmen (B 5.3)
Ergotherapie (B 1.7)

F
Fahrtkosten (B 3.5)

G
Gesundheitsbonus (C 1)
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Haushaltspflegekraft (B 3.6)
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 5.4)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankenhaustagegeld (B 3.4)
Krankentransportkosten (B 3.5)

L
Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N
Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (D)

P/Q
Pflegebedürftigkeit (E)
Psychotherapie (B 1.9)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Selbstbehalt (B 4)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 5.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (D 6)

V
Verhaltensbonus (C 2)
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wahlleistungen (B 3.2)
Wartezeiten (A)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)
Zweibettzimmer (B 3.2)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)EXKLUSIV-PLUS

Produktlinie **privat Unisex**

1. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

2. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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 grundsätzlich nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arznei- und Verbandmittel?
Sie erhalten 100 % der erstattungsfähigen Kosten und zwar unabhängig davon, ob die Erstbehandlung durch den Hausarzt erfolgt ist oder Generika (= alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) verordnet wurden.

4. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen der Vorsorgeprogramme bezahlt?
Der Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS leistet neben den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie der Kinder- und Jugendlichenvorsorge unter anderem auch für Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu - auch hinsichtlich der Neutralität zur Beitragsrückerstattung - entnehmen Sie bitte dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und finden Sie unter www.g-ba.de.

Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer, werden auch Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren erstattet.

5. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen (z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung), auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

6. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Der Erstattungsprozentsatz beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres beträgt 2.000 EUR.

7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht und ab der 31. Sitzung durch uns schriftlich zugesagt wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

8. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen einen Betrag von bis zu 300 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 600 EUR.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Alternativ erstattungsfähig sind nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung die Kosten einer brechkraftverändernden Augenlaserkorrektur (LASIK/LASEK) bis zu 1.500 EUR zusammen für beide Augen. Wird diese Operation durchgeführt, besteht im Operationsjahr und in den fünf darauffolgenden Jahren kein Anspruch mehr auf Kostenerstattung für eine Brille oder Kontaktlinsen.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?
Erstattet werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine in den Versicherungsbedingungen aufgezählte schwere Erkrankung vorliegt.

11. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ bzw. GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

12. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ erstattet.

13. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr bleibt die Erstattung bei 90 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf 80 %. Wird auch in dem Jahr, in dem der Erstattungsprozentsatz 80 % beträgt, keine Kontrolluntersuchung nachgewiesen, sinkt die Erstattung zum 01.01. des Kalenderjahres auf 75 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres wieder auf 80 % bzw. 90 %, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

14. Werden auch Implantate erstattet?
Auch Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig. Pro Implantat wird ein Rechnungsbetrag bis max. 1.250 EUR anerkannt.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden 20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet.

16. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Es gelten folgende Höchstleistungen:

Im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

17. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Übersteigen die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 2.500 EUR, reichen Sie uns bitte einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung ein.

18. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

Zusätzlich wird für die privatärztliche Behandlung nach der geltenden Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen im Ein- oder Zweibettzimmer geleistet (Wahlleistungen). Bei Verzicht auf die Wahlleistungen erhalten Sie ein Krankenhaustagegeld.

Der Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS bietet unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich Leistungen für eine Begleitperson im Krankenhaus (Rooming in).

19. Welche Leistungen erhalte ich aus dem Gesundheitsbonus?
Haben Sie für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen (leistungsfreies Kalenderjahr) - mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Zahnvorsorge gemäß dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und Schutzimpfungen unter Einreichung des Vorblattes für Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten zur Erlangung des Verhaltensbonus - in Anspruch genommen, erhalten Sie einen Gesundheitsbonus von 600 EUR. Für das zweite leistungsfreie Kalenderjahr in Folge erhöht sich der Gesundheitsbonus auf 750 EUR und für das dritte und jedes weitere leistungsfreie Kalenderjahr in Folge auf 900 EUR. Für Personen unter 20 Jahre bzw. Personen mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten halbiert sich der Gesundheitsbonus.

20. Welche Voraussetzungen muss ich für den Gesundheitsbonus erfüllen?
Neben der Leistungsfreiheit für das abgelaufene Kalenderjahr sind folgende Voraussetzungen für den Gesundheitsbonus zu erfüllen:

- der Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS bestand während des abgelaufenen Kalenderjahres mindestens einen Monat und
- bestand ununterbrochen mindestens bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr fort (Ausnahmen, wenn der Vertrag durch Ableben oder Versicherungspflicht endet) und
- bis zum Zeitpunkt der Auszahlung des Gesundheitsbonus im Folgejahr sind die Beiträge voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden.

21. Welche Leistungen erhalte ich aus dem Verhaltensbonus?
Sofern die in Ziffer 22 genannten Voraussetzungen erfüllt werden, erhalten Sie einen Bonus. Dieser beträgt im ersten Kalenderjahr 200 EUR, im zweiten Kalenderjahr, in dem Sie hintereinander die genannten Untersuchungen nachweisen, erhalten Sie 250 EUR und im dritten Jahr 300 EUR.

Für Personen unter 20 Jahren bzw. Personen mit Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten halbiert sich der Verhaltensbonus.

22. Welche Voraussetzungen muss ich für den Verhaltensbonus erfüllen?
Der Verhaltensbonus wird gezahlt, wenn Sie im abgelaufenen Kalenderjahr die Werte zum BMI (Body-Mass-Index), Blutzucker, Blutdruck und Cholesterin in der Apotheke haben prüfen lassen und/oder haben zusätzlich bei einem Zahnarzt Ihrer Wahl die Zahnvorsorge durchführen lassen (der Nachweis von vier der genannten fünf Untersuchungen reicht aus). Für Kinder und Jugendliche erfolgt die Auszahlung, wenn in den ersten Lebensjahren die Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen durchgeführt wurden (U1 bis U9) und darauffolgend altersgerecht die Vorsorgeuntersuchung J1 erfolgt und ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich der Nachweis eines normgerechten BMI's und der Zahnvorsorge erbracht wird.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zum BMI, Blutzucker, Blutdruck und Cholesterin müssen außerdem in den nachstehend aufgeführten Normbereichen liegen.

Der Body-Mass-Index (BMI) setzt Größe und Gewicht in ein Verhältnis zueinander: Das Körpergewicht in kg wird durch die Körpergröße in Meter^2 geteilt. Der Normbereich verschiebt sich mit zunehmendem Alter.

Ihre optimalen BMI-Werte können Sie aus der folgenden Tabelle entnehmen:

Alter	BMI-Normalwert
18 bis 24	19 bis 24
25 bis 34	20 bis 25
35 bis 44	21 bis 26
45 bis 54	22 bis 27
55 bis 64	23 bis 28
>64	24 bis 29

Auch bei Kindern und Jugendlichen kann mit Hilfe des BMI das Körpergewicht beurteilt werden. Da der BMI im Kindes- und Jugendalter entsprechend den physiologischen Änderungen der prozentualen Körperfettmasse von deutlichen alters- und geschlechtsspezifischen Besonderheiten beeinflusst wird, muss bei der Beurteilung Alter und Geschlecht berücksichtig werden.

Der Normalbereich liegt zwischen 10. und 90. Perzentile (AGA, 2001). Der Übergewichtsbereich liegt folglich ab einer Perzentile von über 90 vor. Detaillierte Fragen dazu richten Sie bitte an Ihre(n) Kinderarzt/-ärztin.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

BMI Jungen Normalwerte					
Alter	**P10**	**P25**	**P50(M)**	**P75**	**P90**
5	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61
6	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86
7	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34
8	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01
9	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78
10	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60
11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43
12	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25
13	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01
14	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72
15	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36
16	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92
17	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44
18	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91

BMI Mädchen Normalwerte					
Alter	**P10**	**P25**	**P50(M)**	**P75**	**P90**
5	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69
6	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99
7	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51
8	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25
9	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04
10	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80
11	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61
12	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48
13	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33
14	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05
15	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59
16	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91
17	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11
18	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28

Quelle: Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA, 2001)
Legende: P=Perzentile; M=Mittelwert

Blutdruckwerte im Normbereich bedeutet:
Der Blutdruck sollte in Ruhe gemessen einen Wert von 140/90 nicht über- und einen Wert von 100/60 nicht unterschreiten.

Cholesterinwert im Normbereich bedeutet:
Gesamtcholesterin unter 220 mg/dl, das sind 5,7 mmol/l.

Blutzuckerwerte im Normbereich bedeutet:
Nüchtern-Glukose-Messung (Kapillarblut) unterhalb 6,1 mmol/l (110 mg/dl).

Als Zahnvorsorge erkennen wir die eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen mit ggf. Zahnsteinentfernung an.

Die Durchführung bzw. Ergebnisse der Untersuchungen lassen Sie in Ihrem "Antrag auf Auszahlung des Verhaltensbonus" (siehe anhängendes Formular) eintragen und per Stempel des Apothekers (bzw. Zahn- oder Kinderarztes) bestätigen, legen die entsprechenden Rechnungen bei und reichen uns den Antrag ein.

23. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für den Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS 0 besteht kein Selbstbehalt. Im Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS 1 beträgt der absolute Selbstbehalt pro Kalenderjahr 480 EUR und 960 EUR im Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS 2. Der Selbstbehalt wird von den tariflichen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich abgezogen (für Personen unter 20 Jahren halbiert sich der Selbstbehalt).

Bei Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen und Schutzimpfungen sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus entfällt der Selbstbehalt, sofern die im Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Antrag auf Auszahlung des Verhaltensbonus für Versicherte des Tarifs (R-)EXKLUSIV-PLUS

Versicherungsnummer:	**Vor- und Zuname des Versicherungsnehmers:**

Hiermit beantrage ich die Auszahlung des Verhaltensbonus gemäß Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS für das abgelaufene Kalenderjahr .

Erwachsene ab Vollendung des 18. Lebensjahres:
Die Gesundheitskennziffern wurden von meinem Arzt/ Apotheker festgestellt, die Zahnvorsorge von meinem Zahnarzt durchgeführt. Mir ist bekannt, dass zur Erlangung des Verhaltensbonus vier der fünf folgenden Untersuchungen durchgeführt worden sein müssen und die Werte zu den unter Punkt 1. bis 4. bestätigten Befunden im Normbereich liegen müssen. (Hinweise zu den Normwerten finden Sie am Ende des Formulars)

Vor- und Zuname der versicherten Person:	**Geb. Dat.:**

1. Wert des BMI: (Body Mass Index)	2. Blutdruckwert:	
3. Blutzucker, nüchtern: (in mg/dl oder mmol/l)	4. Gesamtcholesterin (in mg/dl oder mmol/l)	5. Zahnvorsorge am:

Datum der Untersuchungen 1. bis 4. | Stempel/Unterschrift Arzt/Apotheker | Stempel/Unterschrift Zahnarzt

Vor- und Zuname der versicherten Person:	**Geb. Dat.:**

1. Wert des BMI: (Body Mass Index)	2. Blutdruckwert:	
3. Blutzucker, nüchtern: (in mg/dl oder mmol/l)	4. Gesamtcholesterin (in mg/dl oder mmol/l)	5. Zahnvorsorge am:

Datum der Untersuchungen 1. bis 4. | Stempel/Unterschrift Arzt/Apotheker | Stempel/Unterschrift Zahnarzt

Kinder bis Vollendung des 18. Lebensjahres:
Altersgemäß durchgeführt wurden die folgende(n) Vorsorgeuntersuchung(en) (bitte Datum eintragen und Arzt unterschreiben lassen):
Bitte beachten: Für die Auszahlung des Verhaltensbonus sind normgerechte BMI-Werte für Kinder in Abhängigkeit von Größe, Alter, Gewicht und Geschlecht erforderlich!

Vor- und Zuname der versicherten Person:	**Geb. Dat.:**

U1 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U2** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U3** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt
U4 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U5** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U6** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt
U7 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U7a** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U8** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt
U9 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**J1** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich: Wert des **BMI** (Body Mass Index):
		Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich: **Zahnvorsorge** am:

Datum der Feststellung des BMI | Stempel/Unterschrift Zahnarzt

Stempel/Unterschrift Arzt

Vor- und Zuname der versicherten Person:	Geb. Dat.:

U1 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U2** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U3** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt
U4 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U5** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U6** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt
U7 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U7a** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**U8** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt
U9 Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	**J1** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt	Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich: Wert des **BMI** (Body Mass Index):
		Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich: **Zahnvorsorge** am:

Datum der Feststellung des BMI

Stempel/Unterschrift Zahnarzt

Stempel/Unterschrift Arzt

Die Auszahlung des Verhaltensbonus soll auf das bekannte Konto erfolgen. Sofern kein Abruf- oder Leistungskonto vorhanden ist, soll die Zahlung auf das Konto

IBAN _____ bei _____ BIC _____
erfolgen.

Datum: _____ **Unterschrift Versicherungsnehmer:** _____

Übersicht über die Normwerte zu den einzelnen Befunden für Personen ab 18 Jahre bzw. BMI für Erwachsene ab 18 Jahre:

Alter	BMI-Normalwert
18 bis 24	19 bis 24
25 bis 34	20 bis 25
35 bis 44	21 bis 26
45 bis 54	22 bis 27
55 bis 64	23 bis 28
> 64	24 bis 29

Blutdruckwerte im Normbereich bedeutet: Der Blutdruck sollte in Ruhe gemessen einen Wert von 140/90 nicht über- und einen Wert von 100/60 nicht unterschreiten.

Blutzuckerwerte im Normbereich bedeutet: Nüchtern-Glukose-Messung (Kapillarblut) unterhalb 6,1 mmol/l (110mg/dl)

Cholesterinwert im Normbereich bedeutet: Gesamtcholesterin unter 220 mg/dl, das sind 5,7 mmol/l

Übersicht der BMI-Normwerte für Kinder ab 5 Jahre in Abhängigkeit von Größe, Alter, Gewicht und Geschlecht:

BMI - Jungen Normalwerte					
Alter	P10	P25	P50(M)	P75	P90
5	13,83	14,51	15,40	16,46	17,61
6	13,79	14,51	15,45	16,59	17,86
7	13,88	14,64	15,66	16,92	18,34
8	14,07	14,90	16,01	17,40	19,01
9	14,31	15,21	16,42	17,97	19,78
10	14,60	15,57	16,89	18,58	20,60
11	14,97	16,00	17,41	19,24	21,43
12	15,41	16,50	17,99	19,93	22,25
13	15,92	17,06	18,62	20,62	23,01
14	16,48	17,65	19,26	21,30	23,72
15	17,05	18,25	19,89	21,95	24,36
16	17,60	18,83	20,48	22,55	24,92
17	18,13	19,38	21,04	23,10	25,44
18	18,63	19,89	21,57	23,61	25,91

BMI - Mädchen Normalwerte					
Alter	P10	P25	P50(M)	P75	P90
5	13,61	14,36	15,32	16,46	17,69
6	13,59	14,37	15,39	16,63	17,99
7	13,69	14,52	15,62	16,98	18,51
8	13,92	14,82	16,03	17,53	19,25
9	14,19	15,17	16,48	18,13	20,04
10	14,48	15,53	16,94	18,72	20,80
11	14,88	15,99	17,50	19,40	21,61
12	15,43	16,60	18,19	20,18	22,48
13	16,07	17,30	18,94	20,98	23,33
14	16,71	17,97	19,64	21,71	24,05
15	17,26	18,53	20,22	22,28	24,59
16	17,69	18,96	20,64	22,67	24,91
17	18,04	19,31	20,96	22,95	25,11
18	18,36	19,62	21,25	23,19	25,28

Quelle: Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA, 2001)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Anhang – Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Dieser Anhang ist Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III für die Tarife KOMFORT-PLUS, EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS und EXKLUSIV-B.

Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich bei diesen Tarifen auch auf Vorsorgeuntersuchungen, welche ohne Abzug eines evtl. tariflich vereinbarten Selbstbehaltes erstattet werden und deren Erstattungen zudem keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Teil II Abs. 6a haben. Voraussetzung ist, dass

- es sich ausschließlich um unter Punkt 1 bis 6 aufgeführte gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung bzw. Zahnprophylaxemaßnahmen handelt,
- die Abrechnungen der Ärzte ausschließlich nach den unter Punkt 1 bis 6 aufgeführten Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erfolgen,
- die persönlichen ärztlichen Leistungen höchstens bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ bzw. GOZ berechnet werden,
- die medizinischen technischen Leistungen sowie Laborleistungen höchstens bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ berechnet werden und
- die entsprechenden Rechnungen der Ärzte bzw. Zahnärzte zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.

Im Einzelnen sind dies die unter Punkt 1 bis 6 aufgeführten Untersuchungen:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung)

Einmalig zwischen dem 18. bis 35. Lebensjahr und ab dem 35sten Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Jahren können folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Gesundheits-Check-Up

Ziffer 29		GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
Ziffer 250		GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3560		GOÄ Glukose
Ziffer 3562	H1	GOÄ Cholesterin
Ziffer 3511		GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer 75		GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer 652		GOÄ EKG in Ruhe/bei Ergometrie
Ziffer 410		GOÄ Ultraschalluntersuchung ein Organ (Carotis links)
Ziffer 420		GOÄ Ultraschalluntersuchung je Organ (Carotis rechts)
Ziffer 3550		GOÄ Blutbild
Ziffer 3595	H1	GOÄ GPT
Ziffer 3594	H1	GOÄ GOT
Ziffer 3592	H1	GOÄ Gamma-GT

Bei Männern ab dem 65sten Lebensjahr kann einmalig folgende Untersuchung durchgeführt werden:

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 410	GOÄ Ultraschalluntersuchung ein Organ (Bauchaorta)
Ziffer 401	GOÄ Zuschlag Duplex-Verfahren

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen

Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl.

Bei Männern ab dem 40sten Lebensjahr können jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 28	GOÄ Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 75	GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Zusätzlich PSA-Wert

Ziffer 250	GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3908 H3	GOÄ PSA

Bei Männern wird zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt:

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei Frauen ab dem 13ten Lebensjahr und bis zum 25sten Lebensjahr können jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 297	GOÄ Abstrich zur zytologischen Untersuchung
Ziffer 4253	GOÄ Chlamydia trachomatis
Ziffer 4265	GOÄ Chlamydia trachomatis

Ab dem 20sten Lebensjahr können bei Frauen jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 297	GOÄ Abstrich zur zytologischen Untersuchung
Ziffer 1070	GOÄ Kolposkopie
Ziffer 4851	GOÄ zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer 75	GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer 410	GOÄ Ultraschalluntersuchung ein Organ
Ziffer 420	GOÄ Ultraschalluntersuchung je Organ bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 403	GOÄ Zuschlag transkavitäre Untersuchung

Zusätzlich ab dem 35. Lebensjahr alle drei Jahre:

2x Ziffer 4783	GOÄ Polymerasekettenreaktion (HPV)

Ab dem 25sten Lebensjahr können bei Frauen jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Abtasten der Brustdrüse und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust.

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems

Ab dem 50sten Lebensjahr und bis zum 68sten Lebensjahr können bei Frauen einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Mammographie

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 60A	GOÄ Doppelbefundung der Röntgenbilder
2x Ziffer 5266	GOÄ Mammographie

(ggf. Ziffer 5298 GOÄ Zuschlag)

Alternativ hierzu können auch folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Sonographie statt Mammographie

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 418	GOÄ Ultraschalluntersuchung Brustdrüse

Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung je Organ bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 401 GOÄ Zuschlag Duplex-Verfahren

Für Männer und Frauen werden speziell zur Darmkrebsfrüherkennung folgende Untersuchungen durchgeführt:

Ab dem 50sten Lebensjahr und bis zum 54sten Lebensjahr können jährlich und ab dem 55sten Lebensjahr können einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Hämokkulttest:
Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung Mastdarm
Ziffer 3735a GOÄ Immunologischer Stuhltest auf okkultes Blut (iFOBT)

Ab dem 45sten Lebensjahr und bis zum 65sten Lebensjahr können alle zehn Jahre folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Koloskopie:
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 452 GOÄ Intravenöse Narkose - mehrmalige Verabreichung
Ziffer 602 GOÄ Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 650 GOÄ EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen
Ziffer 687 GOÄ Hohe Koloskopie
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer 4800 GOÄ Histologische Untersuchung

Für Männer und Frauen werden speziell zum Hautkrebs-Screening folgende Untersuchungen durchgeführt:

Ab dem 35sten Lebensjahr können einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems

Hautkrebs-Screening, Erweiterung Lupe
Ziffer 750 GOÄ Auflichtmikroskopie der Haut

3. Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
Welche Untersuchungen werden durchgeführt?
Ziffer 23 GOÄ Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
im Folgenden:
Ziffer 24 GOÄ Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf im Abstand von vier Wochen

zusätzlich
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 415 GOÄ Ultraschalluntersuchung
(ggf. Ziffer 403 GOÄ Zuschlag, Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen)
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3982 GOÄ AB0-Merkmale
Ziffer 3985 GOÄ Anti-Humanglobulin-Test
Ziffer 4232 GOÄ TPHA
Ziffer 4387 GOÄ Röteln-Virus

Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung)
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild

sowie sechs bis acht Wochen nach der Entbindung
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 651 GOÄ EKG
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3760 GOÄ Protein im Urin

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind
Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u. a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.

U1 1. Lebenstag
U2: 3. - 10. Lebenstag
U3: 4. - 6. Lebenswoche
U4: 3. - 4. Lebensmonat
U5: 6. - 7. Lebensmonat
U6: 10. - 12. Lebensmonat
U7: 21. - 24. Lebensmonat
U7a: 34. - 36. Lebensmonat
U8: 43. - 48. Lebensmonat
U9: 60. - 64. Lebensmonat
J1: 12. - 14. Lebensjahr

Für die Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1) erkennen wir die
Ziffer 25 GOÄ Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt
an.

Für die Kinder- und Jugendlichenuntersuchungen (U2 bis J1) erkennen wir die
Ziffer 26 GOÄ Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten
an.

Zusätzlich anerkannt werden im Rahmen der

U2:
Ziffer250a GOÄ Kapillarblutentnahme bei Kindern
Ziffer 1409 GOÄ Messung otoakustischer Emissionen (Hörtest)
Ziffer 3758 GOÄ Phenylalanin (Guthrie-Test)
Ziffer 3796 GOÄ Trypsin (Mukoviszidose-Screening)
Ziffer 4030 GOÄ Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)
Ziffer 4783 GOÄ Polymerasekettenreaktion (SCID-Screening)

U3:
Ziffer 413 GOÄ Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr

U7a:
Ziffer 1216 GOÄ Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus (Sehtest)

U8:
Ziffer 1216 GOÄ Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus (Sehtest)
Ziffer 1401 GOÄ Einfache Hörprüfung
Ziffer 3511 GOÄ Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung

U9:
Ziffer 1216 GOÄ Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus (Sehtest)

Zusätzlich kann nach der U1- und bis einschließlich zur U2-Kinderuntersuchung folgende Untersuchung durchgeführt werden:

Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 614 GOÄ Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks

5. Schutzimpfungen
Im Rahmen der Schutzimpfungen für Erwachsene und Kinder werden die Kosten der Impfsera, Beratungs-, Untersuchungs- und Injektionsleistungen erstattet.

6. Zahnprophylaxe
Vorsorgeuntersuchung
Ziffer 0010 GOZ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes
Ziffer 1000 GOZ Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 1010 GOZ Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung

Ziffer 1020	GOZ	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel
2x Ziffer 1030	GOZ	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger je Kiefer
Ziffer 4005	GOZ	Erhebung Parodontalindex (PSI)

Ab dem 19ten Lebensjahr können folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Professionelle Zahnreinigung

Ziffer 0010	GOZ	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes
Ziffer 1040	GOZ	Professionelle Zahnreinigung

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Teil II Abs. 5, Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

1 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 Euro 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.

2 Medizinische Information / Medizinisches Leistungsmanagement

Der Versicherungsnehmer erhält Informationen bei der Suche nach spezialisierten Krankenhäusern, ärztliche Beratung zu Behandlungs- und Operationsmethoden, Auskünfte zu Medikamenten und Reisemedizin.

Begleitende medizinische Beratung im Einzelfall (Casemanagement)
Bei folgenden Erkrankungen kann der Versicherungsnehmer die besonderen medizinischen Serviceleistungen in Anspruch nehmen:

Schlaganfall, Hirnblutung, schwere Schädel-Hirn-Verletzung, Guillain-Barre-Syndrom, Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel, Herzinfarkt, Aorto-Coronare Venenbypass Operation, Herzklappenersatzoperation, künstlicher Gelenkersatz von Knie und Hüfte, traumatische Wirbelkörperbrüche, Operation an der Bandscheibe, Diabetes mellitus

sowie folgende chronisch psychiatrische Erkrankungen, die vollstationärer Heilbehandlung bedürfen:

Depression, Schizophrenie, Angststörungen und Essstörungen.

Bestandteile der Serviceleistungen sind:
Suche und Vermittlung medizinisch geeigneter Fachkliniken, Krankentransportorganisation innerhalb Deutschlands und im deutschsprachigen europäischen Ausland, Hilfsmittelorganisation. Information über wohnortnahe Therapiemöglichkeiten nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen

Bis zu den nachstehend aufgeführten Preisen werden wir ohne weitere Nachweise und Prüfung von angemessenen Kosten ausgehen.

Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR
1	Modell	7,16
2	Doublieren/Platzhalter einfügen/Verwendung von Kunststoff/Galvanisieren	16,60
3	Set-up, Wax-up	10,70
5	Stumpfmodell, Sägemodell, Fräsmodell, Set-up Modell für KFO, Modell nach Überabdruck	12,02
6	Zahnkranz	5,81
7	Zahnkranz sockeln	6,65
11	Modellpaar trimmen/Fixator	11,99
12	Einstellen in Mittelwertartikulator	14,38
13	Modellpaar sockeln	25,04
20	Basis für Konstruktionsbiss/Basis für Vorbissnahme	12,91
21	Basis für Autopolymerisat; individueller Löffel, Funktionslöffel, Bissregistrierung, Stützstiftregistrierung, Aufstellung	24,38
22	Bisswall	7,02
23	Registrierplatte und -stift auf Basen	31,32
24	Übertragungskappe	27,36
31	Provisorische Krone, Einlagefüllung; Brückenglied	35,87
32	Formteil	23,32
101	Wurzelstiftkappe	84,39
102	Vollkrone, Teilkrone, Brückenanker, Metall oder für Verblendung, Flügel für Adhäsivbrücke	93,90
103	Vorbereiten Krone, Krone einarbeiten, Stiftaufbau einarbeiten	16,60
104	Modellation gießen	24,88
105	Stiftaufbau	58,62
110	Brückenglied	70,05
120	Teleskopierende Krone	281,15
121	Teleskopierende Primär- od. Sekundärkrone	186,73
133	Individuelles Geschiebe	233,86
134	Konfektions-Geschiebe, Konfektions-Anker	131,77
134-7	Primär/Sek.-Teil Konf. Anker, Wiederbefestigung Sek.-Teil	77,09
136	Gefrästes Lager	66,32
137	Schubverteilungsarm	67,15
150	Metallverbindung nach Brand	35,69
155	Konditionierung je Zahn/Flügel	14,89
160	Vestibuläre Verblendung Kunststoff	58,21
161	Zahnfleisch Kunststoff	17,34
162	Verblendung Keramik	104,93
163	Zahnfleisch Keramik	37,55
164	Verblendung Komposit	79,87
165	Zahnfleisch Komposit	21,53
201	Metallbasis	152,54
202	Einarmige gegossene Haltevorrichtung, Kralle, Ney-Stiel, Auflage, Umgehungsbügel bei Diastema	14,44
203	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,94
204	Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage	36,89
205	Bonwillklammer	50,89
208	Rückenschutzplatte, Metallzahn, Metallkaufläche, gegossen	46,42
210	Lösungshilfe	18,97
211	Unterfütterbarer Abschlussrand	22,58
212	Zuschlag einzelne gegossene Klammer	25,66
301	Aufstellung Grundeinheit	40,03
302	Aufstellung Wachs- od. Kunststoff, je Zahn	2,27
303	Aufstellung Metall, je Zahn	3,31
341	Übertragung je Zahn	2,33
361	Fertigstellung Grundeinheit	55,68
362	Fertigstellung je Zahn	4,14
380	Einfache gebogene Halte-/Stützvorrichtung	11,76
381	Sonstige gebogene Halte- und/oder Stützvorrichtung	18,46
382	Weichkunststoff, Sonderkunststoff	103,32
383	Zahn zahnfarben hergestellt	40,51
384	Zahn zahnfarben hinterlegt	12,72
401	Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche	142,93
402	Aufbissbehelf ohne adjustierter Oberfläche	84,84
403	Umarbeiten zum Aufbissbehelf	59,02
404	Semipermanente Schiene/Metall, je Zahn	50,71
701	Basis für Einzelkiefergerät	65,47
702	Basis für bimaxilläres Gerät	138,34
703	Schiefe Ebene	54,74
704	Vorhofplatte	71,92
705	Kinnkappe	64,70
710	Aufbiss	12,91
711	Abschirmelement	22,01
712	Weichkunststoff (KFO), Sonderkunststoff	53,94
720	Schraube einarbeiten	18,44
721	Spezialschraube einarbeiten	26,18
722	Trennen einer Basis	8,10
730	Labialbogen	23,98
731	Labialbogen modifiziert	32,32
732	Labialbogen intermaxillär	38,72
733	Feder, offen	11,08
734	Feder, geschlossen	13,92
740	Verbindungselement intramaxillär	27,89
741	Verbindungselemente intermaxillär	32,28
742	Verankerungselement	26,74
743	Einzelelement einarbeiten	13,85
744	Metallverbindung KFO	19,36
750	Einarmiges Halte- oder Abstützelement	11,99
751	Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement	18,46
801	Grundeinheit ZE	21,98
802	Leistungseinheit Sprung, Bruch, Einarbeiten Zahn, Basisteil Kunststoff, Halte- und/oder Stützvorrichtung Kunststoffsattel, Rückenschutzplatte einarbeiten	9,70
803	Retention, gebogen	51,42
804	Retention, gegossen	63,01
806	Gegossenes Basisteil	78,74
807	Metallverbindung bei Instands./Erweiterung	26,53
808	Teilunterfütterung einer Basis	46,21
809	Vollständige Unterfütterung	64,68
810	Prothesenbasis erneuern	78,83
813	Auswechseln Konfektionsteil	16,74
820	Instandsetzung Krone/Flügel/Brückenglied	42,05
861	Grundeinheit./Instandsetzung KFO oder Aufbissbehelf	19,84
862	LE Einf. Regulierungs- oder Halteelement	9,23
863	LE Erneuerung eines Elementes/intermax.	16,15
864	KFO-Basis erneuern	73,78
870	Remontieren KFO Gerät	58,79
933	Versandkosten	4,96
970	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	14,57
1001	Remontage-Modell	31,75
1002	Spezialmodell	43,66
1003	Stumpf sägen und vorbereiten	6,61
1004	Modellmontage in individuellen Artikulator I	29,12
1005	Montage eines Gegenkiefermodells	10,59
1006	Einstellen nach Registrat	10,73
1007	Metallarmierung für provisorische Versorgung	44,99
1008	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, einflächig	74,80
1009	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, zweiflächig	88,04
1010	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, dreiflächig	101,26
1011	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, mehrflächig	107,89
1012	Guss-, Kunststoff-Onlay, Galvano-Onlay	107,89
1013	Galvanokrone	93,19
1014	Galvanoteilkrone	107,89
1015	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, einflächig	175,98
1016	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, zweiflächig	185,25
1017	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, dreiflächig	196,36
1018	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, mehrflächig	207,47
1019	Keramik-, Glaskeramik-Onlay/-Teilkrone	207,47

Nr.	Bezeichnung	bis zu EUR
1020	Verblendschale, Veneer (Frontzähne)	218,59
1021	Keramik-, Glaskeramik-Brückenglied	196,36
1022	Keramik-Schulter	29,12
1023	Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Keramik	35,73
1024	Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/gegossenem Glas	29,12
1025	Modellgussteil konditionieren	15,24
1026	Deckgold, Bonder aufbrennen/verzinnen/ Metallfläche konditionieren, silanisieren, Keramik/gegossenes Glas ätzen	10,16
1027	Systemaufstellung	71,70
1028	Wiederherstellung des Sekundärteiles einer Teleskop-/Konuskrone	182,98
1029	Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	206,68
1030	Zuschlag für Arbeiten unter dem Stereomikroskop, je Werkstück	22,02
1031	Mehraufwand bei Suprastruktur auf Implantat	48,55
1032	Röntgen- und/oder Implantatbohrschablone, Grundeinheit	137,25
1033	Röntgenkugel oder Bohrhülse einarbeiten, je vorgesehenes Implantat	18,96
1034	Mantelkrone-Kunststoff	84,92
1035	Mantelkrone-Keramik, Keramik, Glaskeramik-Krone	194,07
1036	Steg	104,82
1037	Steglasche/Stegreiter	60,00
1038	Steggeschiebe individuell	122,89
1039	Friktionsstift, Federbolzen, Schraube, Bolzen einarbeiten	52,08
1040	Riegel individuell	200,22
1041	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	189,86
1042	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbehelfes	19,60
1043	Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	8,83
1044	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	53,95

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils versicherten Tarif.

Die genannten Beträge enthalten nicht die gesondert berechenbaren Materialkosten und nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer.

Änderungen sind vorbehalten.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

Tarifgeneration Unisex; gültig für den Tarif Prime

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) - §§ 1 - 20
Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 46 der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(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),

Nr. 1
Zugunsten des Versicherungsnehmers gilt als Versicherungsfall auch jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung sowie Standard-, Regel- und Auffrischungsimpfungen einschließlich der Impfstoffe. Dies gilt auch dann, wenn diese Impfungen im Zusammenhang mit einer Auslandsreise stehen.
Wird die Vorsorgeuntersuchung in Einrichtungen der in Tarifbedingung Nr. 14 bezeichneten Art durchgeführt, leistet der Versicherer nach Maßgabe dieser Bestimmung.

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.

Nr. 2
Abweichend von § 1 Absatz 4 MB/KK 2009 besteht während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bis zu zwölf Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen; es gelten die Regelungen in Tarifbedingung Nr. 45. Bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer werden vorübergehende Unterbrechungen nicht berücksichtigt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder 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.

Nr. 3
Der Versicherer begrenzt seine Leistungen bei den in § 1 Absatz 5 MB/KK 2009 aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).

(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.

Nr. 4
Wechselt eine versicherte Person in Tarife der substitutiven Krankheitskostenvollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, müssen zwingend die Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert nach § 146 VAG mitversichert werden, sofern nach den Besonderen Bedingungen die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(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.

Nr. 5
Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Behandlungen geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgen.

Nr. 6
Bei einem Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des neuen Tarifs oder der neuen Tarifstufe mit den dafür gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
Soweit sich bei Änderungen des Versicherungsschutzes Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KK 2009) entsprechend.

(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.

Nr. 7
Bei einem Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden die Versicherungszeiten eines versicherten Elternteils in der GKV auf die Drei-Monats-Frist gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 angerechnet, wenn die Elternversicherung vor der Geburt des Kindes zustande gekommen ist.

Nr. 8
Werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

Nr. 9
Bei der Bewertung des Versicherungsschutzes im Rahmen des § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 wird die Höhe der tariflichen Selbstbeteiligung nicht berücksichtigt.

(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.

§ 3 Wartezeiten

(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.

Nr. 10
Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei unfallbedingten Kosten.
Für den Ehegatten einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person verzichtet der Versicherer auch auf die besonderen Wartezeiten unter der gleichen Voraussetzung, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.

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

Nr. 11
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Versicherer innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung zugehen.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen 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.

Nr. 12
Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(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.

Nr. 13
Soweit ein Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, dürfen für medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlungen wegen Krankheit auch sogenannte nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes in Anspruch genommen werden. Die Therapeuten müssen die Voraussetzungen zur selbstständigen Ausübung gemäß Artikel 1 des Psychotherapeutengesetzes erfüllen. Dem Versicherer ist die entsprechende Zulassung des Therapeuten vorzulegen.
Die Kostenerstattung erfolgt nach der geltenden Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Nr. 14
Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Versicherer, wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat. Darüber hinaus werden die Kosten für ärztliche Untersuchungen und Behandlungen in Krankenhausambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren im tariflichen Umfang erstattet, sofern die Zentren über eine Zulassung zur vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Versorgung verfügen, die Abrechnung nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen erfolgt und ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Ebenfalls erstattungsfähig sind Untersuchungen und Behandlungen im Rahmen des Ärztlichen Notdienstes, durch Notärzte sowie durch Ärzte und Zahnärzte in Ambulanzen von Privatkliniken.

Nr. 15
Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang auch für medizinisch notwendige ambulante, stationäre oder teilstationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlungen innerhalb von vier Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später.

Nr. 16
Bei Krankheitskostenvollversicherungen sind in vertraglichem Umfang die Kosten für eine fachlich ausgebildete Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher) erstattungsfähig, sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

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

Nr. 17
Rezepte sind mit der dazugehörigen Behandlungsrechnung oder mit der vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker auf dem Rezept vermerkten Diagnose erstattungsfähig.

Nr. 18
Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, kosmetische und hygienische Mittel gelten nicht als Arzneimittel. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.

Nr. 19
Sanitäre Bedarfsartikel und Heilapparate (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte) sind nicht erstattungsfähig.

(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.

Nr. 20
Eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung liegt dann vor, wenn die Behandlung einer Krankheit nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann und der stationäre Aufenthalt nicht anderen Gründen als der Heilbehandlung dient. Dies gilt auch dann, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt.
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.

Nr. 21
Sieht ein Tarif Leistungen bei Entbindung vor, kann die versicherte Person auch ein Entbindungsheim bzw. Geburtshaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen.

Nr. 22
Soweit ein Tarif Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizleistungen vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den stationären Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

(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 Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 23
Über § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 hinaus wird bei Krankenhauskostenversicherungen und bei Krankheitskostenversicherungen mit Kostenersatz für stationäre Krankenhausbehandlung in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben. Tarifbedingung Nr. 20 Absatz 1 gilt sinngemäß.

Nr. 24
Abweichend von § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten;
b) medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von vier Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden;
c) es sich um eine Notfalleinweisung handelte;
d) die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
e) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(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;

Nr. 25
Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und als Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden, leistet der Versicherer für die Aufwendungen, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben, nicht jedoch Krankenhaustagegeld.

Nr. 26
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. Das Kriegsereignis gilt als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, endet der Versicherungsschutz 30 Tage nach Ausgabe der Reisewarnung.

Nr. 27
Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK 2009.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Nr. 28
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK 2009 wird bei der jeweils ersten Entwöhnungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der tariflichen Leistung gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entwöhnungsmaßnahme sind, unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung, nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.
Diese Regelungen gelten nicht für Entwöhnungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

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;

Nr. 29
Die Regelung des § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KK 2009 gilt auch für andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) genannte Leistungserbringer.

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 Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 30
Zugunsten des Versicherungsnehmers leistet der Versicherer bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort im tariflichen Umfang. Damit entfällt die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK 2009.

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.

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

Nr. 31
Als Nachweis im Sinne des § 6 Absatz 1 MB/KK 2009 werden insbesondere die Urschriften der Rechnungen, Bescheinigungen und Urkunden gefordert. Sie müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, Behandlungsdauer, Tag und Art der einzelnen Verrichtungen enthalten. Hat der Versicherungsnehmer die Urschriften bereits einem anderen Kostenträger eingereicht, so genügt als Nachweis eine Zweitschrift, wenn darauf der andere Kostenträger seine Leistung vermerkt hat.
Bei Verletzung dieser Bestimmungen gelten die in § 10 Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Rechtsfolgen entsprechend.

Nr. 32
Der Versicherer erbringt seine Leistungen auch auf nicht bezahlte Rechnungen.

(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 einer Fremdwährung 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.

Nr. 33
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt insoweit das Abtretungsverbot gemäß § 6 Absatz 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
(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.

Nr. 34
Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus dem Tarif bzw. der Tarifstufe, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten.
Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 MB/KK 2009.

(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 wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

(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) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen des § 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.

Nr. 35
Fällt aufgrund der Verlegung des Wohnsitzes oder 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 Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der in Satz 1 genannten Staaten zu informieren.

§ 8a Beitragsberechnung

(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.

§ 8b Beitragsanpassung

(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.

Nr. 36
Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

Nr. 37
Unter den in § 8b Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen können auch Beitragszuschläge gemäß Tarifbedingung Nr. 45 angepasst werden.

(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.

Nr. 38
Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig in Krankheitskosten- und Krankenhauskostentarifen betragsmäßig festgelegte Tarifleistungen anzupassen sind.

§ 9 Obliegenheiten
(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Nr. 39
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung.

(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 Umfanges 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(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
(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
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
(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.

Nr. 40
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Ist im Tarif nichts anderes vereinbart und beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, soweit der Tarif nichts anderes bestimmt.
Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis frühestens zum Ablauf einer Mindestvertragsdauer von 24 Monaten 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.

Nr. 41
Der Versicherer verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfangs nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.

(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) 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.

Nr. 42
Abweichend von § 13 Absatz 8 MB/KK 2009 muss die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung mitgeteilt werden; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

(9) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(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.

Nr. 43
Der Versicherer verzichtet auf sein Kündigungsrecht nach § 14 Absatz 2 MB/KK 2009.

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

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

Nr. 44
Der Versicherer kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Versicherer kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(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 Wohnsitz oder 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 Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Nr. 45
Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums 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 (siehe Anlage). Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 37 erfolgen.

Nr. 46
Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand
(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
(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
(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
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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

Tarifgeneration Unisex; gültig für den Tarif Prime

Beitragszuschläge bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) bzw. Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) wird kein Beitragszuschlag erhoben.

Eine Anpassung des jeweiligen Beitragszuschlags kann gemäß § 8b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 37 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex) erfolgen.

Land	Beitragszuschlag
USA	50 %
Kanada	50 %
Japan	50 %
Schweiz	20 %
Alle anderen Länder außerhalb der EU bzw. des EWR	0 %

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Prime

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und wahlärztliche Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie Krankentransporte

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
90 % Zahnersatz (bei regelmäßiger Vorsorge)
90 % Kieferorthopädie (nach erfolgreichem Abschluss 100 %)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung
1.4 Sonstige Leistungen

2 Allgemeine Bestimmungen
2.1 Versicherungsfall
2.2 Versicherungsjahr
2.3 Weltgeltung
2.4 Wartezeiten

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung
3.4 Sonstige Leistungen

4 Beitragszahlung/Anpassungsvorschriften
4.1 Beitragszahlung
4.2 Anpassung des Versicherungsschutzes
4.3 Besonderheiten zur Beitragszahlung

5 Optionsrecht
5.1 Ausübung der Optionen
5.2 Alterungsrückstellung
5.3 Gesundheitsprüfung
5.4 Information über die Ausübung der Optionen
5.5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
5.6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Prime

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Prime

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherer ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, wahlärztliche Behandlungen im Ein- oder Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz (bei Nachweis regelmäßiger Vorsorge) c) Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlungen nach Buchstabe b) und c) wird je Person in den ersten drei Versicherungsjahren (Definition Versicherungsjahr siehe Ziffer 2.2) begrenzt, auf insgesamt 10.000 EUR. Ab dem 4. Versicherungsjahr sowie bei unfallbedingten Kosten entfällt diese Begrenzung. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % bis zu 90 % 90 % (+10 % nach ärztlich bestätigtem erfolgreichem Abschluss der Behandlung)
1.4 Sonstige Leistungen	a) Entwöhnungsmaßnahmen b) Präventionskurse bis zu 600 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren c) Überführung/Bestattung im Ausland bis zu 30.000 EUR	bis zu 100 % 100 % 100 %

2 Allgemeine Bestimmungen

2.1 Versicherungsfall
Ergänzend zu § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1 gilt als Versicherungsfall auch die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen unerfüllten Kinderwunsches und der nicht rechtswidrige medizinisch oder kriminologisch indizierte Schwangerschaftsabbruch.

2.2 Versicherungsjahr
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Prime gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

2.3 Weltgeltung
Es besteht weltweiter Versicherungsschutz. Der Tarif Prime kann nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums bestehen bleiben. Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 2 und § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 45 ist insoweit eine anderweitige Vereinbarung für einen Tarifwechsel zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums nicht erforderlich. Für den Tarif kann der Versicherer dann aber einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen (siehe § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 45).

2.4 Wartezeiten
Die Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009 entfallen.

3 Erstattungsfähige Kosten

Sofern im Folgenden nicht anders beschrieben, sind ärztliche und zahnärztliche Leistungen im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den Bestimmungen der geltenden GOÄ/GOZ erstattet.
Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den für die Behandlung von Ausländern am Behandlungsort üblicherweise berechneten Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

3.1 Ambulante Behandlung
Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchungen, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie von Hebammen und Entbindungspflegern im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung.
Erstattungsfähig sind psychotherapeutische Behandlungen auch, wenn sie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt werden.

Heilpraktiker im Sinne von § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt.

Wurde eine ambulante Operation oder ein stationsersetzender Eingriff gemäß § 115b SGB V durchgeführt, so wird zusätzlich zu den erstattungsfähigen Kosten eine Vergütung von 200 EUR gezahlt.

b) gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen.

Erstattungsfähig sind insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen), wie z. B. in den „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ und „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses genannt.

Erstattungsfähig sind während einer Schwangerschaft bei Vorliegen von Risikofaktoren bei der Schwangeren als erweiterte Vorsorge auch Maßnahmen zur Pränataldiagnostik wie z. B. die Nackentransparenzmessung, jedoch keine prädiktiven Gentests.

Der Versicherer erstattet ebenfalls Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden (STIKO), sowie Reise- und indikationsbedingte bzw. ärztlich angeratene Impfungen, die nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte berechnungsfähig sind.

Sofern für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung vorgesehen ist, ist eine Kostenerstattung für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis zu einem Gesamtbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr unschädlich für den Anspruch auf Beitragsrückerstattung. Dies setzt aber voraus, dass die genannten Kosten in einer eigenständigen Rechnung des Behandelnden ausdrücklich als solche aufgeführt werden.

c) Arzneien und Verbandmittel sowie Harn- und Bluttestreifen und Produkte zur kontinuierlichen Glukosemessung (CGM-Sensoren), jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel (außer bei gynäkologischer Indikation oder bei einem Bezug bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres), Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 18 zum § 4 Abs. 3 MB/KK 2009.

d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
   - Inhalationen,
   - Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
   - Massagen,
   - Hydrotherapie und Packungen,
   - Wärmebehandlung,
   - Kältetherapie,
   - Elektro- und Lichttherapie,
   - Manuelle Therapie,
   - Logopädie,
   - Ergotherapie,
   - Chiropraktik,
   - Podologie.

   Erfolgt die Behandlung im Rahmen eines ärztlich verordneten Hausbesuchs, sind 0,30 EUR bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs bis maximal 50 km erstattungsfähig oder, im Fall der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, die Kosten der niedrigsten Preisklasse des regelmäßig zum Wohnort des zu Behandelnden verkehrenden Verkehrsmittels bis maximal 50 km.

   Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten für osteopathische Behandlungen, wenn diese durch einen Arzt oder Heilpraktiker erbracht oder von einem Arzt oder Heilpraktiker angeordnet und überwacht werden.

   Der Versicherer erstattet ebenfalls die Kosten für einen Geburtsvorbereitungskurs durch eine Hebamme.

e) Hilfsmittel und Körperersatzstücke (außer Sehhilfen), die Krankheits- oder Unfallfolgen oder körperliche Behinderungen mildern oder ausgleichen sollen, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten, sowie Therapiegeräte. Abweichend von Tarifbedingung Nr. 19 zum § 4 MB/KK 2009 sind auch die Kosten von Blutdruckmessgeräten erstattungsfähig.

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

   Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.200 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartungs- und Reparaturaufwendungen) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen. Der Versicherer wird die Zusage nach Prüfung erteilen, wenn der erneute Bezug, die Wartung oder die Reparatur des Hilfsmittels im Kalenderjahr medizinisch notwendig ist.

   Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.200 EUR sowie Wartungs- und Reparaturaufwendungen, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers. Der Versicherer wird die Zusage nach Prüfung erteilen, wenn der Bezug des Hilfsmittels medizinisch notwendig ist.

   Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären, sofern sich die medizinische Notwendigkeit nachträglich bestätigt.

   Eine vorherige Zusage ist nicht erforderlich, wenn die Versorgung mit dem Hilfsmittel im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerstversorgung erfolgt.

f) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur) bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.200 EUR in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

   Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht innerhalb dieser Zeit erneut, wenn sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge geändert hat.

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

g) ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (insbesondere Anschlussrehabilitation) bzw. Kuren, soweit es sich um Kosten gemäß Buchstabe a), c), d) und e) handelt,

h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit, bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes) sowie vor oder nach Untersuchungen, die Fahruntüchtigkeit bedingen. Hierbei gilt als nächstgelegen jeder Arzt oder jedes Krankenhaus im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Ort des Ereignisses (Erkrankung, Not- oder Unfall). Sind innerhalb dieses Umkreises kein Arzt oder Krankenhaus verfügbar, sind die Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus erstattungsfähig.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

i) Operationen zur Sehschärfenkorrektur (brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (z. B. LASIK/LASEK)).

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

   Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Schröpftherapie.

   Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sind die Kosten für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel, die sich - gegebenenfalls in Analogie - aus der GOÄ oder dem GebüH ergeben, und Arzneimittel erstattungsfähig.

k) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse,
l) Krankenfahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie,
m) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen,
n) häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind. Die Kosten werden erstattet, wenn die häusliche Behandlungspflege von einem Leistungserbringer erbracht wird, der über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag gemäß § 132a SGB V (siehe Anhang) verfügt. Die Erstattung erfolgt höchstens bis zu den Beträgen, die in der Vergütungsvereinbarung nach § 132a SGB V (siehe Anhang) beinhaltet sind.
o) ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte bis zu vier Wochen je Versicherungsfall unter den Voraussetzungen des § 37 SGB V (siehe Anhang). Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Die Kosten werden erstattet, wenn häusliche Krankenpflege von einem Leistungserbringer erbracht wird, der über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag gemäß § 132a SGB V (siehe Anhang) verfügt. Die Erstattung erfolgt höchstens bis zu den Beträgen, die in der Vergütungsvereinbarung nach § 132a SGB V (siehe Anhang) beinhaltet sind.
p) Soziotherapie, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist. Voraussetzung ist eine vorherige Vorlage eines ärztlichen Behandlungsplans und die schriftliche Leistungszusage des Versicherers; die Zusage erfolgt, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist. Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (z. B. Sozialarbeiter) durchgeführt werden.
Der Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Die erstattungsfähigen Kosten werden bei Ärzten bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden GOÄ berücksichtigt, bei Fachkräften für Soziotherapie nicht mehr als der Betrag, der für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
q) Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Pauschalen, sofern kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht.
r) Haushaltshilfe unter den Voraussetzungen des § 38 SGB V (siehe Anhang) dann, wenn der versicherten Person die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit, beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, nicht möglich ist.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen.
Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).
Berechnet das Krankenhaus in Deutschland seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen maximal 200 % der Kosten, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären.
Allgemeine Krankenhauskosten bei einer Behandlung in einem Krankenhaus im Ausland sind die allgemeinen Kosten für Unterbringung und Pflege (ohne Wahlleistungen i. S. v. Buchstabe b), c) und d), die in ihrer Art denen, die im Inland auf Grundlage von BPflV und KHEntgG erbracht werden, vergleichbar sind.
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
Berechnet das Krankenhaus in Deutschland seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der ersten oder zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Ein- oder Zweibettzimmer).
Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 32 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes, von Beleghebammen und -entbindungspflegern im Rahmen der entsprechenden Gebührenordnungen.
Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes, von Beleghebammen und -entbindungspflegern im Rahmen der entsprechenden Gebührenordnungen während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
e) stationsäquivalente psychiatrische Behandlungen gemäß § 115d SGB V (siehe Anhang), wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt.
f) stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (insbesondere Anschlussrehabilitation) und die in diesem Zusammenhang anfallenden Fahrtkosten im Sinne von § 53 SGB IX (siehe Anhang), soweit kein Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Rehabilitationsträgers besteht. Bei stationären Kuren (z. B. Vorsorgekuren) gilt die Kostenerstattung gemäß Ziffer 3.1g) entsprechend.
g) medizinisch notwendige Rettungs- und Krankentransporte zur stationären, vor- und nachstationären Behandlung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Hierbei gilt als nächstgelegen jedes Krankenhaus im Umkreis von 50 km, gerechnet vom Ort des Ereignisses (Erkrankung, Not- oder Unfall). Ist innerhalb dieses Umkreises kein Krankenhaus verfügbar, sind die Transportkosten zum nahegelegensten geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig. Erstattet wird auch der medizinisch notwendige Rücktransport der versicherten Person aus dem Ausland zurück an den ständigen Wohnsitz oder das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus im Land des ständigen Wohnsitzes.
h) Bei Krankenhausaufenthalt eines nach diesem Tarif versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 28 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 40 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.
Sofern es sich bei dem versicherten Kind um ein Waisenkind handelt, kann bei medizinischer Notwendigkeit eine andere Person als Begleitperson aufgenommen werden. Das Erfordernis der Krankheitskostenversicherung beim Versicherer besteht dabei nicht.
i) Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf maximal 80 EUR pro Tag. Voraussetzungen sind:
– es handelt sich bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person um die haushaltsführende Person und

– die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und
– keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.
– die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person ist nicht gesichert und es besteht ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben.
Diese Voraussetzung gilt als erfüllt, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um
  – ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
  – eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) vorliegt oder
  – eine Person, bei der eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht

handelt.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind darüber hinaus die Kosten für

j) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, in Anlehnung an § 39a Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

k) stationäre Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit, sofern Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach Ziffer 3.1o) bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht ausreichen, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind begrenzt auf acht Wochen je Kalenderjahr bis zu einem Gesamtbetrag von 1612 EUR. § 42 SGB XI (siehe Anhang) gilt entsprechend.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Fissurenversiegelung, Kontrolluntersuchungen der Zähne.
Diese Kosten unterliegen nicht der in Ziffer 1.3 dargestellten Höchstgrenze in den ersten drei Versicherungsjahren.
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR).
Diese Kosten unterliegen nicht der in Ziffer 1.3 dargestellten Höchstgrenze in den ersten drei Versicherungsjahren.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz.
Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3c) sind die Kosten für
– Kieferorthopädie.

Ebenfalls erstattungsfähig sind Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung.

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Erstattungsprozentsatz von 90 % auf 80 %, bei einem Erstattungsprozentsatz von 80 % auf 75 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 75 % erfolgt in keinem Fall. Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 75 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen. Zugunsten der versicherten Person wird in den drei Jahren vor Beginn des Tarifs Prime die lückenlose Durchführung der Kontrolluntersuchungen angenommen, wenn sich nicht aus der Beantwortung der für den Antrag erforderlichen Gesundheitsfragen etwas anderes ergibt.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die nach der GOZ anfallenden Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer in tariflicher Höhe.

3.4 Sonstige Leistungen

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.4a) sind die Kosten für
– Entwöhnungsmaßnahmen nach einer Entzugsbehandlung, wenn diese als ambulante oder stationäre Maßnahme dazu dienen die Abhängigkeit einer versicherten Person von einer Droge zu beseitigen und soweit der Versicherer diese vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage erfolgt, wenn die Maßnahme medizinisch notwendig ist. Abweichend von § 5 Abs. 1b i. V. m. Tarifbedingung Nr. 28 wird dann bei der ersten Entwöhnungsmaßnahme zu einer Sucht ein Kostenzuschuss in Höhe von 100 %, bei der zweiten und dritten Entwöhnungsmaßnahme ein Kostenzuschuss in Höhe 80 % gezahlt. Die verbleibenden 20 % werden nach Beendigung der Maßnahme erstattet, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Ausgeschlossen von der Erstattung sind Entwöhnungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht.
Wird eine Entwöhnungsmaßnahme stationär durchgeführt, sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen im Krankenhaus erstattungsfähig.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.4b) sind die Kosten für
– Präventionskurse. Als Präventionskurse gelten Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V, die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass ein Nachweis über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten vorgelegt und vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung bestätigt wird.
Nicht erstattungsfähig sind Aufwände für noch nicht zurückgelegte Maßnahmen und Maßnahmen vor Versicherungsbeginn. Eingereichte Kostennachweise müssen daher den Zeitraum enthalten, auf den sie sich beziehen.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.4c) sind die Kosten für
– die Bestattung am Sterbeort oder
– die Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz

bis zu 30.000 EUR bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise.

Erstattungsfähig sind alle notwendigen Aufwendungen, die mit der Bestattung am Sterbeort oder mit der Überführung an den letzten ständigen Wohnsitz im unmittelbaren Zusammenhang stehen. Den Rechnungsbelegen ist eine ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache beizufügen.

Als Ausland gelten alle Staaten, in denen die versicherte Person nicht ihren ständigen Wohnsitz hat.

4 Beitragszahlung/Anpassungsvorschriften

4.1 Beitragszahlung
Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

4.2 Anpassung des Versicherungsschutzes
Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten Euro-Beträge anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

4.3 Besonderheiten zur Beitragszahlung
a) bei Pflegebedürftigkeit:
   Wird die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang), so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in diesem Tarif ab Beginn des vierten Monats nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Vorgaben der §§ 14, 15 und 18 SGB XI (siehe Anhang), wenn die Einstufung mindestens in Pflegegrad 4 erfolgt.
   Die Beitragsfreiheit endet zum Letzten des Monats, in welchem keine Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 mehr vorliegt.
   Die Beitragsbefreiung erfolgt nur, wenn und solange sich der Vertrag nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG befindet (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang).
b) bei Bezug von Elterngeld:
   Bezieht die nach diesem Tarif versicherte Person Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in diesem Tarif ab dem ersten Monat des Elterngeldbezugs, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt sechs Monaten.
   Voraussetzung ist, dass
   – die versicherte Person zu Beginn des erstmaligen Bezugs von Elterngeld mindestens acht Monate im Tarif Prime versichert ist,
   – die Beiträge vollständig gezahlt sind und der Vertrag sich nicht im Ruhen nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) befindet,
   – der Bezug von Elterngeld dem Versicherer durch den Elterngeldbescheid nachgewiesen wird.

5 Optionsrecht

5.1 Ausübung der Optionen
Jede versicherte Person im Tarif Prime hat das Recht auf
a) den Abschluss eines Pflegetage- oder Pflegemonatsgeldtarifs
   Für die versicherte Person besteht innerhalb von 24 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Tarifbeginn des Tarifs Prime, das Recht, auf der Grundlage einer mit dem Abschluss dieses Tarifs durchgeführten Gesundheitsprüfung, einen Tarif der ergänzenden Pflegetage- oder Pflegemonatsgeldversicherung abzuschließen, der zum jeweiligen Zeitpunkt zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.
   Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) eingetreten ist, keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung des Versicherungsverhältnisses vorliegt und die Versicherung nach Tarif Prime vor einem Eintrittsalter von 60 Jahren begonnen hat.
b) eine Erhöhung des Versicherungsschutzes in der Krankheitskostenvollversicherung
   Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Tarifbeginn des Tarifs Prime das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif Prime in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören.

5.2 Alterungsrückstellung
Die erworbenen Rechte bleiben bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß Ziffer 5.1b) erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Personen wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet.

5.3 Gesundheitsprüfung
Die Umstellung gemäß Ziffer 5.1b) erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 MB/KK 2009 bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

5.4 Information über die Ausübung der Optionen
Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionstermine gemäß Ziffer 5.1a) und b) vom Versicherer über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

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

5.5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
Das Optionsrecht gemäß Ziffer 5.1 gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Ziffer 5.1a) und b) entsprechend verlängern.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Ziffer 5 dieser Bedingungen in der Zeit eines Ruhens der Leistung nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

5.6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz
Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 verlangen.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Prime
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

Bitte beachten Sie:
Maßgeblich für den Inhalt des Versicherungsvertrages sind allein die auf den vorangehenden Seiten abgedruckten Bedingungen.

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen oder kriminologischen Gründen, Sterilisation, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Versicherer).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Rein kosmetische Leistungen und Maßnahmen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Rechnungen sollten Sie sammeln und immer erst dann einreichen, wenn der voraussichtliche Leistungsbetrag höher ist als eine mögliche Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit. Eine Ausnahme hiervon bilden Rechnungen, die ausschließlich Vorsorgeleistungen und Schutzimpfungen enthalten und in denen dies auch kenntlich gemacht ist. Diese können Sie bereits frühzeitig einreichen, denn sie beeinflussen den Anspruch auf eine mögliche Beitragsrückerstattung nicht, sofern ein Gesamterstattungsbetrag von 500 EUR nicht überschritten wird.

Eine Rechnungsprüfung und Kostenerstattung erfolgt am schnellsten, wenn Sie die Rechnungen über unsere Kunden-App einreichen.

Aber auch eine traditionelle Einreichung von Rechnungen per Papier ist möglich. Dies kann formlos erfolgen. Bitte achten Sie aber auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
– Versicherungsnummer
– Rechnung (mindestens in Kopie)
– Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.200 EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre „Card für Privatversicherte“ vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen (sofern das Krankenhaus dem Abrechnungsverbund angehört) und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Ab einem Auslandsaufenthalt von mehr als zwölf Monaten ist ggf. ein Beitragszuschlag zu entrichten (siehe Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II)).

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Prime: Sonderbedingungen

für Schüler, Studenten und Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 25., 30. bzw. 35. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
2. für jede versicherte Person spätestens mit Ablauf des Monats, in dem sie das 39. Lebensjahr vollendet,
3. hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem dieser berufstätig wird.

Vom Ersten des auf den Fortfall der Sonderbedingungen folgenden Monats an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für den versicherten Tarif. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter als neuem Eintrittsalter sowohl zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags gemäß § 149 VAG als auch zuzüglich des Beitrags für den gesetzlichen Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen, desgleichen die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit des Ehegatten.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

Tarifgeneration Unisex

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) - §§ 1 - 20
Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 45 der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(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),

Nr. 1
Zugunsten des Versicherungsnehmers gilt als Versicherungsfall auch jede andere gezielt auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtete und medizinisch notwendige ambulante Untersuchung sowie Standard-, Regel- und Auffrischungsimpfungen einschließlich der Impfstoffe. Dies gilt auch dann, wenn diese Impfungen im Zusammenhang mit einer Auslandsreise stehen.
Wird die Vorsorgeuntersuchung in Einrichtungen der in Tarifbedingung Nr. 13 bezeichneten Art durchgeführt, leistet der Versicherer nach Maßgabe dieser Bestimmung.

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.

Nr. 2
Abweichend von § 1 Absatz 4 MB/KK 2009 besteht während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland bis zu zwölf Monaten auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Ab einem Aufenthalt von mehr als zwölf Monaten wird von einer Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ausgegangen; es gelten die Regelungen in Tarifbedingung Nr. 44. Bei der Berechnung der Aufenthaltsdauer werden vorübergehende Unterbrechungen nicht berücksichtigt

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder 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.

Nr. 3
Der Versicherer begrenzt seine Leistungen bei den in § 1 Absatz 5 MB/KK 2009 aufgeführten Mitglieds- oder Vertragsstaaten nicht auf die Inlandsleistungen (Bundesrepublik Deutschland).

(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.

Nr. 4
Wechselt eine versicherte Person in Tarife der substitutiven Krankheitskostenvollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, müssen zwingend die Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert nach § 146 VAG mitversichert werden, sofern nach den Besonderen Bedingungen die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(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.

Nr. 5
Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Behandlungen geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgen.

Nr. 6
Bei einem Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des neuen Tarifs oder der neuen Tarifstufe mit den dafür gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
Soweit sich bei Änderungen des Versicherungsschutzes Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen über „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KK 2009) entsprechend.

(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.

Nr. 7
Werden Neugeborene gemäß § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 mitversichert, so erstreckt sich ihr Versicherungsschutz ohne Risikozuschlag auch auf die Behandlung von Geburtsfehlern, angeborenen Anomalien und vererbten Krankheiten.

Nr. 8
Bei der Bewertung des Versicherungsschutzes im Rahmen des § 2 Absatz 2 MB/KK 2009 wird die Höhe der tariflichen Selbstbeteiligung nicht berücksichtigt.

(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.

§ 3 Wartezeiten
(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.

Nr. 9
Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen bei unfallbedingten Kosten.
Für den Ehegatten einer mindestens seit acht Monaten versicherten Person verzichtet der Versicherer auch auf die besonderen Wartezeiten unter der gleichen Voraussetzung, unter der die allgemeine Wartezeit entfällt.

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

Nr. 10
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Versicherer innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung zugehen.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen 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.

Nr. 11
Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
(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.

Nr. 12
Soweit ein Tarif Leistungen für Psychotherapie vorsieht, dürfen für medizinisch notwendige psychotherapeutische Behandlungen wegen Krankheit auch sogenannte nichtärztliche Psychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes in Anspruch genommen werden. Die Therapeuten müssen die Voraussetzungen zur selbstständigen Ausübung gemäß Artikel 1 des Psychotherapeutengesetzes erfüllen. Dem Versicherer ist die entsprechende Zulassung des Therapeuten vorzulegen.

Nr. 13
Für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen) in Diagnose-Zentren bzw. -Kliniken, in Ambulatorien und in ähnlichen Einrichtungen leistet der Versicherer, wenn und soweit er dies vorher schriftlich zugesagt hat. Darüber hinaus werden die Kosten für ärztliche Untersuchungen in Krankenhausambulanzen und Medizinischen Versorgungszentren im tariflichen Umfang erstattet, sofern die Zentren über eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen, die Abrechnung nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen erfolgt und ein Tarif Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht.

Nr. 14
Der Versicherer leistet im tariflichen Umfang auch für medizinisch notwendige ambulante, stationäre oder teilstationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) nach einem Akutaufenthalt im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlungen innerhalb von vier Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden; bei vorliegender medizinischer Indikation entsprechend später.

Nr. 15
Bei Krankheitskostenvollversicherungen sind in vertraglichem Umfang die Kosten für eine fachlich ausgebildete Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung (z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher) erstattungsfähig, sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

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

Nr. 16
Rezepte sind mit der dazugehörigen Behandlungsrechnung oder mit der vom Arzt auf dem Rezept vermerkten Diagnose erstattungsfähig.

Nr. 17
Nähr- und Stärkungsmittel, Mineralwasser, kosmetische und hygienische Mittel gelten nicht als Arzneimittel. Präparate oder Mittel zur künstlichen Ernährung (parenterale und enterale Ernährung) werden im tariflichen Umfang erstattet.

Nr. 18
Sanitäre Bedarfsartikel und Heilapparate (z. B. Massagegeräte, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte) sind nicht erstattungsfähig.

(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.

Nr. 19
Eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung liegt dann vor, wenn die Behandlung einer Krankheit nur in einem Krankenhaus durchgeführt werden kann und der stationäre Aufenthalt nicht anderen Gründen als der Heilbehandlung dient. Dies gilt auch dann, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt.
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.

Nr. 20
Sieht ein Tarif Leistungen bei Entbindung vor, kann die versicherte Person auch ein Entbindungsheim bzw. Geburtshaus ihrer Wahl in Anspruch nehmen.

Nr. 21
Soweit ein Tarif Leistungen für voll- und teilstationäre Hospizleistungen vorsieht, hat die versicherte Person freie Wahl unter den stationären Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.

(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 Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 22
Über § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 hinaus wird bei Krankenhauskostenversicherungen und bei Krankheitskostenversicherungen mit Kostenersatz für stationäre Krankenhausbehandlung in vertraglichem Umfang auch für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung eines Rheumaleidens in solchen Heilstätten geleistet, die sich auf die Behandlung von Rheumakranken spezialisiert haben. Tarifbedingung Nr. 19 Absatz 1 gilt sinngemäß.

Nr. 23
Abweichend von § 4 Absatz 5 MB/KK 2009 kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten;
b) medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) innerhalb von vier Wochen nach der stationären Akutbehandlung angetreten werden;
c) es sich um eine Notfalleinweisung handelte;
d) die Krankenanstalt das einzige Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherten war;
e) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

(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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(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;

Nr. 24
Für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und als Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden, leistet der Versicherer für die Aufwendungen, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben, nicht jedoch Krankenhaustagegeld.

Nr. 25
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.

Nr. 26
Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KK 2009.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

Nr. 27
Abweichend von § 5 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KK 2009 wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein Kostenzuschuss in Höhe von 80 % der tariflichen Leistung gezahlt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind, unabhängig vom jeweils vereinbarten Versicherungsschutz

im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung, nur die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.
Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

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;

Nr. 28
Die Regelung des § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KK 2009 gilt auch für andere in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) genannte Leistungserbringer.

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 Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

Nr. 29
Zugunsten des Versicherungsnehmers leistet der Versicherer bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort im tariflichen Umfang. Damit entfällt die Einschränkung nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e) MB/KK 2009.

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.

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

Nr. 30
Als Nachweis im Sinne des § 6 Absatz 1 MB/KK 2009 werden insbesondere die Urschriften der Rechnungen, Bescheinigungen und Urkunden gefordert. Sie müssen den Namen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, Behandlungsdauer, Tag und Art der einzelnen Verrichtungen enthalten. Hat der Versicherungsnehmer die Urschriften bereits einem anderen Kostenträger eingereicht, so genügt als Nachweis eine Zweitschrift, wenn darauf der andere Kostenträger seine Leistung vermerkt hat.

Bei Verletzung dieser Bestimmungen gelten die in § 10 Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Rechtsfolgen entsprechend.

Nr. 31
Der Versicherer erbringt seine Leistungen auch auf nicht bezahlte Rechnungen.

(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 einer Fremdwährung 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.

Nr. 32
Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt insoweit das Abtretungsverbot gemäß § 6 Absatz 6 MB/KK 2009 nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
(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.

Nr. 33
Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus dem Tarif bzw. der Tarifstufe, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten.
Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Absatz 2 MB/KK 2009.

(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 wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

(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) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags kann unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung eines Folgebeitrags unter den Voraussetzungen des § 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.

Nr. 34
Fällt aufgrund der Verlegung des Wohnsitzes oder 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 Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der in Satz 1 genannten Staaten zu informieren.

§ 8a Beitragsberechnung

(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.

§ 8b Beitragsanpassung

(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.

Nr. 35
Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

Nr. 36
Unter den in § 8b Absatz 1 MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen können auch Beitragszuschläge gemäß Tarifbedingung Nr. 44 angepasst werden.

(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.

Nr. 37
Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig in Krankheitskosten- und Krankenhauskostentarifen betragsmäßig festgelegte Tarifleistungen anzupassen sind.

§ 9 Obliegenheiten
(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

Nr. 38
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung.

(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 Umfanges 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.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(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
(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
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
(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.

Nr. 39
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Ist im Tarif nichts anderes vereinbart und beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Wechsel des Tarifs oder der Tarifstufe haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr, soweit der Tarif nichts anderes bestimmt.
Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis frühestens zum Ablauf einer Mindestvertragsdauer von 24 Monaten 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.

Nr. 40
Der Versicherer verpflichtet sich ohne erneute Gesundheitsprüfung zur Annahme eines Antrags auf Zusatzversicherung zur deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, der (ggf. auch teilweise) die unmittelbare Fortsetzung des vorher versicherten Leistungsumfangs nach der Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung vorsieht.

(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) 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.

Nr. 41
Abweichend von § 13 Absatz 8 MB/KK 2009 muss die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung mitgeteilt werden; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

(9) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(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.

Nr. 42
Der Versicherer verzichtet auf sein Kündigungsrecht nach § 14 Absatz 2 MB/KK 2009.

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

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

Nr. 43
Der Versicherer kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Versicherer kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 8 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(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 Wohnsitz oder 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 Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Nr. 44
Der Versicherer verpflichtet sich, eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu treffen, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums 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 (siehe Anlage). Eine Anpassung des Beitragszuschlags kann gemäß § 8b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 36 erfolgen.

Nr. 45
Liegt ein Ehescheidungsurteil vor, haben die Ehegatten das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

(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

(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

(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

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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Anlage zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife

Tarifgeneration Unisex

Beitragszuschläge bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) bzw. Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) wird kein Beitragszuschlag erhoben.

Eine Anpassung des jeweiligen Beitragszuschlags kann gemäß § 8b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 36 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex) erfolgen.

Land	Beitragszuschlag
USA	50 %
Kanada	50 %
Japan	50 %
Schweiz	20 %
Alle anderen Länder außerhalb der EU bzw. des EWR	0 %

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Esprit

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 450 EUR/Jahr (225 EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherer ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 450 EUR bei Erwachsenen bzw. – 225 EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200 EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400 EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600 EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800 EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000 EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000 EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Versicherer den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich,
b) Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 17 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Kältetherapie,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Manuelle Therapie,
   – Logopädie,
   – Ergotherapie,
   – Podologie.

   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
   Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
   Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
f) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur) bis 225 EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse,
j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie,
k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.
l) häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer.
   Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 21 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
   Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
   Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, dabei jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
   – Vorstationäre Behandlung: 60 EUR
   – Nachstationäre Behandlung: 60 EUR
e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.
f) Werden bei einem medizinisch notwendigen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt die Kosten gemäß Buchstabe a) bis e) durch einen anderen Versicherungsträger übernommen, so werden stattdessen 80 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

– allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären.
– den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Zweibettzimmer).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind darüber hinaus die Kosten für

g) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
   Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
   Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten Euro-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, der Unterbringungszuschlag für das Einbettzimmer, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Versicherer).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
– Versicherungsnummer
– Originalbeleg der Rechnung
– Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre „Card für Privatversicherte“ vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Ab einem Auslandsaufenthalt von mehr als zwölf Monaten ist ggf. ein Beitragszuschlag zu entrichten.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Esprit X

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 900 EUR/Jahr (450 EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit X

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit X

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherer ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 900 EUR bei Erwachsenen bzw. – 450 EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200 EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400 EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600 EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800 EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000 EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000 EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit X gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Versicherer den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich,
b) Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 17 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Kältetherapie,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Manuelle Therapie,
   – Logopädie,
   – Ergotherapie,
   – Podologie.

   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
   Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
   Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
f) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur) bis 225 EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse,
j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie,
k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.
l) häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer.
   Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 21 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
   Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
   Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, dabei jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
   – Vorstationäre Behandlung: 60 EUR
   – Nachstationäre Behandlung: 60 EUR
e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.
f) Werden bei einem medizinisch notwendigen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt die Kosten gemäß Buchstabe a) bis e) durch einen anderen Versicherungsträger übernommen, so werden stattdessen 80 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

– allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären.
– den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Zweibettzimmer).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind darüber hinaus die Kosten für

g) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
   Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
   Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten Euro-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit X
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, der Unterbringungszuschlag für das Einbettzimmer, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Versicherer).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
– Versicherungsnummer
– Originalbeleg der Rechnung
– Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre „Card für Privatversicherte“ vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Ab einem Auslandsaufenthalt von mehr als zwölf Monaten ist ggf. ein Beitragszuschlag zu entrichten.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Esprit M

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 450 EUR/Jahr (225 EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit M

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit M

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherer ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 450 EUR bei Erwachsenen bzw. – 225 EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200 EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400 EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600 EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800 EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000 EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000 EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit M gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Versicherer den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich,
b) Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 17 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Kältetherapie,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Manuelle Therapie,
   – Logopädie,
   – Ergotherapie,
   – Podologie.

   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
   Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
   Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
f) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur) bis 225 EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse,
j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie,
k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.
l) häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) die gesondert berechenbaren Leistungen durch Belegärzte[2], Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei der Behandlung in Krankenhäusern, die den gesetzlichen Bestimmungen der BPflV bzw. dem KHEntgG unterliegen,
c) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären. Zusätzliche Kosten für Unterkunft, ärztliche Leistungen und Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind darüber hinaus die Kosten für

d) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
   Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
   Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für

– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für

– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der

[2] Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten Euro-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit M

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
– Versicherungsnummer
– Originalbeleg der Rechnung
– Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre „Card für Privatversicherte“ vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Ab einem Auslandsaufenthalt von mehr als zwölf Monaten ist ggf. ein Beitragszuschlag zu entrichten.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei stationären Behandlungen außerhalb Deutschlands die stationären Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Esprit M: Sonderbedingungen

für Schüler, Studenten und Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 25., 30. bzw. 35. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
2. für jede versicherte Person spätestens mit Ablauf des Monats, in dem sie das 39. Lebensjahr vollendet,
3. hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem dieser berufstätig wird.

Vom Ersten des auf den Fortfall der Sonderbedingungen folgenden Monats an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für den versicherten Tarif. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter als neuem Eintrittsalter sowohl zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags gemäß § 149 VAG als auch zuzüglich des Beitrags für den gesetzlichen Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen, desgleichen die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit des Ehegatten.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Esprit MX

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Behandlung
ambulante absolute Selbstbeteiligung von 900 EUR/Jahr (450 EUR/Jahr bis Alter 20)
Die Selbstbeteiligung entfällt für gezielte Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit MX

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Esprit MX

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherer ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen Für Leistungen nach dieser Ziffer gilt je versicherter Person und Kalenderjahr eine Selbstbeteiligung von – 900 EUR bei Erwachsenen bzw. – 450 EUR bei Kindern und Jugendlichen. Diese Selbstbeteiligung bezieht sich nicht auf ärztliche Leistungen bei gezielten Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. Liegt der Versicherungsbeginn im 2. Quartal, beträgt die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr 3/4, bei Versicherungsbeginn im 3. Quartal die Hälfte und im 4. Quartal 1/4 des Jahreswertes. Endet die Versicherung vor Ablauf eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung nicht. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird, gilt die Selbstbeteiligung für Erwachsene.	100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Leistungen des Belegarztes und Krankentransporte	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 1.200 EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 2.400 EUR, im 3. Versicherungsjahr auf 3.600 EUR, im 4. Versicherungsjahr auf 4.800 EUR, im 5. Versicherungsjahr auf 6.000 EUR und ab dem 6. Versicherungsjahr auf 12.000 EUR. Diese Begrenzung entfällt bei unfallbedingten Kosten. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Esprit MX gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Leistungen nichtärztlicher Behandler sind wie folgt erstattungsfähig:
Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der für sie jeweils geltenden amtlichen Gebührenverordnung, Diplompsychologen, Psychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe (z. B. Masseure, Bademeister, Krankengymnasten, Logopäden) bis zu den üblichen Preisen[1], Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung.

[1] Die üblichen Preise teilt der Versicherer den Versicherungsnehmern auf Anforderung mit.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich,
b) Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 17 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,
   – Massagen,
   – Hydrotherapie und Packungen,
   – Wärmebehandlung,
   – Kältetherapie,
   – Elektro- und Lichttherapie,
   – Manuelle Therapie,
   – Logopädie,
   – Ergotherapie,
   – Podologie.

   Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
   Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
   Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
f) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur) bis 225 EUR Rechnungsbetrag. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse,
j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie,
k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.
l) häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) die gesondert berechenbaren Leistungen durch Belegärzte[2], Beleghebammen und Belegentbindungspfleger bei der Behandlung in Krankenhäusern, die den gesetzlichen Bestimmungen der BPflV bzw. dem KHEntgG unterliegen,
c) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG, so gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären. Zusätzliche Kosten für Unterkunft, ärztliche Leistungen und Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind darüber hinaus die Kosten für

d) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
   Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
   Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für

– Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
– zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) bis zu zweimal je Kalenderjahr).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für

– Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
– Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR oder wenn zahnärztliche Maßnahmen stationär durchgeführt werden sollen, ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der

[2] Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln. Wahlärztliche Leistungen, also gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte, sind dagegen nicht erstattungsfähig.

Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen bzw. sämtliche stationär durchgeführten zahnärztlichen Maßnahmen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten Euro-Beträge und die festgelegten Selbstbeteiligungen anzupassen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Esprit MX

oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, privatärztliche Behandlung, Unterbringungszuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer, Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
– Versicherungsnummer
– Originalbeleg der Rechnung
– Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre „Card für Privatversicherte“ vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Ab einem Auslandsaufenthalt von mehr als zwölf Monaten ist ggf. ein Beitragszuschlag zu entrichten.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

Trotz der prinzipiellen Auslandsdeckung legt dieser Tarif die Leistungserbringung im deutschen Gesundheitssystem zu Grunde. Aufgrund unterschiedlich ausgestalteter Gesundheitssysteme in anderen Ländern ist es denkbar, dass bei stationären Behandlungen außerhalb Deutschlands die stationären Tarifleistungen allein zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen.

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, gleich bzw. rechtzeitig vor Antritt einer Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Unsere Außendienstmitarbeiter/-partner beraten Sie gerne, welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist. Sie können sich auch an eine unserer Geschäftsstellen oder an die Hauptverwaltung in Hamburg wenden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Katalog der Gesundheitsvorsorgeleistungen für die Tarife der Produktlinie Esprit

Tarifgeneration Unisex

Auszug der wichtigsten Gesundheitsvorsorgeleistungen, die ohne Anrechnung der Selbstbeteiligung erstattet werden.

Die Zahlen in den Klammern sind die vom Arzt abrechenbaren Aufführungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), nach denen Leistung und Abrechnung spezifiziert sind.

Vorsorgeleistungen

Die technischen sowie die Laborleistungen sind nur im Zusammenhang mit den persönlichen Vorsorgeleistungen (6/Glaukomvorsorge, 23, 26 – 29, 750/Hautkrebsvorsorge) abrechnungsfähig. Aus der Rechnung muss sich ergeben, dass die Leistungen im Rahmen einer gezielten Vorsorgeuntersuchung nach den o. g. GOÄ-Nummern und nicht zwecks einer Diagnostik erbracht wurden.

I. Persönliche Leistungen

Beratung und vollständige Untersuchung im Rahmen der Vorsorge – (1, 7)

Krebsvorsorgeuntersuchung für den Mann:
- Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung – (28)
- Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata – (11)

Krebsvorsorgeuntersuchung für die Frau:
- Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut - einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung – (27)
- Histologische Untersuchung – (4815)
- Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik – (4851)

Gesundheitsvorsorgeuntersuchung für Erwachsene:
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen - einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung – (29)

Glaukomvorsorge:
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems, in diesem Falle Augen im Rahmen der Glaukomvorsorge ab dem 45. Lebensjahr – (6)

Schwangerschaftsvorsorge:
- Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins, einschließlich der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung – (23)
- Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf – (24)

Vorsorgeuntersuchungen für Kinder:
Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) - gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) - entsprechend der gesetzlich eingeführten Vorsorgeuntersuchungen (U1-n) – (26)

Dermatoskopie:
- Auflichtmikroskopie der Haut, eine Sitzung/Jahr – (750)
- Video-Dermatoskopie – (612A)

Sonographie:
- Ultraschalluntersuchung ein Organ – (410)
- Ultraschalluntersuchung bis zu 3 weiteren Organen – (420)
- Ultraschalluntersuchung Mutterschaftsvorsorge – (415)
- Ultraschalluntersuchung Schilddrüse – (417)
- Ultraschalluntersuchung Brustdrüse – (418)
- Zuschlag transkavitäre Untersuchung – (403)
- Zuschlag Duplexverfahren – (401)

Vorsorgedarmspiegelung – (687):
ab dem 50. Lebensjahr

II. Technische Leistungen

EKG:
Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) - gegebenenfalls auch Belastungsänderung – (652)

Mammographie – (5265, 5266, 5267):
Die routinemäßige Vorsorgemammographie erfolgt altersabhängig in ihrer Häufigkeit wie folgt:

– 30. bis 40. Lebensjahr	alle 2 Jahre
– ab 40. bis 65. Lebensjahr	jährlich
– ab 65. Lebensjahr	alle 2 Jahre

Blutentnahme:
- Blutentnahme, Vene – (250)
- Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr – (250a)

Sonographie:
- Direktionaler Ultraschalldoppler / Hirnarterien, Periorbitalarterien – (645)

Ophthalmodynamometrie
– (1262)

Tonometrische Untersuchung
– (1257)

III. Labor

- Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung – (3500, 3650)
- Teststreifenuntersuchung, Urin – (3511, 3652)
- Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG) – (3501, 3711)
- Blutbild und Blutbildbestandteile – (3550)
- Leukozytendifferenzierung – (3551)
- Glukose – (3514, 3560)
- Glukosetoleranztest, oral (viermalige Bestimmung von Glukose) – (3613)
- Cholesterin – (3562)
- HDL-Cholesterin – (3563)
- LDL-Cholesterin – (3564)
- Triglyzeride – (3565)
- Harnsäure – (3518, 3583)
- Kreatinin – (3520, 3585)
- Kalium – (3519, 3557)
- Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT) – (3513, 3592.H1)
- Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – (3908)
- TSH – (4030)

– Triple-Test (Bestimmung von drei Hormonen zwischen der 15. und 20. Schwangerschaftswoche) zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder eines Neuralrohrdefektes des Fetus auf Wunsch der Schwangeren
  – Beta-HCG – (4024)
  – Alpha-Fetoprotein – (3743)
  – Freies Estriol – (4027)
– Antikörperuntersuchung auf Toxoplasmose im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge – (4461)

Schutzimpfungen:

Standard- bzw. Regelimpfungen nach Empfehlung der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) inklusive Auffrischungsimpfung, z. B.:
– Tetanus/Diphtherie
– FSME
– Grippe (Influenza)
– Hämophilus influenzae Typ b (=Hib)
– Hepatitis A
– Hepatitis B
– Humane Papillomaviren - Typen HPV 16,18
– Masern/Mumps/Röteln
– Meningokokken
– Pertussis
– Pneumokokken
– Poliomyelitis
– Rotavirus
– Tuberkulose
– Varizellen

Mögliche Abrechnungsziffern:
– Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) - gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpass – (375)
– Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch – (376)
– Zusatzinjektion bei Parallelimpfung – (377)
– Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf – (378)

Die Kosten für die o. g. Impfstoffe werden ebenfalls im Rahmen der Vorsorge erstattet.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Comfort +

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
80 % ambulante Behandlung bis 2.700 EUR Rechnungsbetrag/Jahr
100 % darüber hinaus

Stationäre Behandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
80 % Zahnersatz und Kieferorthopädie

Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
390 EUR/Jahr bei Leistungsfreiheit (130 EUR bis Alter 20)

Vorsorgeuntersuchung („Check up“)
bis 360 EUR alle drei Jahre, sofern sonst keine Leistungen für Heilbehandlungen in Anspruch genommen wurden

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)
1.1 Ambulante Behandlung
1.2 Stationäre Behandlung
1.3 Zahnärztliche Behandlung
1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

2 Versicherungsjahr

3 Erstattungsfähige Kosten
3.1 Ambulante Behandlung
3.2 Stationäre Behandlung
3.3 Zahnärztliche Behandlung
3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle
3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

4 Beitragszahlung

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort +

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?
2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Tarif Comfort +

Tarifgeneration Unisex

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

1 Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherer ersetzt von den erstattungsfähigen Kosten gemäß Ziffer 3 je Person und Kalenderjahr für

1.1 Ambulante Behandlung	Ambulante ärztliche Behandlungen bis zum Rechnungsbetrag von 2.700 EUR: darüber hinaus	 80 % 100 %
1.2 Stationäre Behandlung	Allgemeine Krankenhausleistungen, Wahlleistungen im Ein- oder Zweibettzimmer und Krankentransporte Anstelle von Kostenersatz werden unter bestimmten in Ziffer 3.2 genannten Voraussetzungen ersatzweise Krankenhaustagegelder gezahlt.	100 %
1.3 Zahnärztliche Behandlung	a) Zahnbehandlungen, zahnärztliche prophylaktische Leistungen b) Zahnersatz und Kieferorthopädie Die tarifliche Leistung für zahnärztliche Behandlung nach Buchstabe a) und b) wird je Person und Versicherungsjahr begrenzt, und zwar im 1. Versicherungsjahr auf 3.500 EUR, im 2. Versicherungsjahr auf 4.900 EUR und im 3. Versicherungsjahr auf 6.300 EUR. Ab dem 4. Versicherungsjahr sowie bei unfallbedingten Kosten entfällt diese Begrenzung. Unter bestimmten in Ziffer 3.3 genannten Voraussetzungen ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes vorzulegen.	100 % 80 %
1.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle	Bagatellfälle durch pauschale Abgeltung – bei Erwachsenen: – bei Kindern und Jugendlichen: wenn für ein volles Kalenderjahr keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 in Anspruch genommen wurden.	 390 EUR 130 EUR
1.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)	eine Vorsorgeuntersuchung („Check up“) zusätzlich zur Pauschalen Abgeltung nach Ziffer 1.4 wenn dreimal unmittelbar hintereinander Leistungen nach Ziffer 1.4 gezahlt wurden:	bis 360 EUR

2 Versicherungsjahr

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.
Bei einem Wechsel in den Tarif Comfort + gilt für die Mehrleistungen der Zeitpunkt des Wechsels als Beginn des ersten Versicherungsjahres. Der vorgenannte Absatz gilt entsprechend.

3 Erstattungsfähige Kosten

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.
Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

3.1 Ambulante Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind bei ambulanter Heilbehandlung, gezielten Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt die Kosten für

a) Leistungen des Arztes und des Heilpraktikers sowie Geburtshilfe, bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich,
b) Schutzimpfungen,
c) Arzneien und Verbandmittel, jedoch nicht hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Mineralwasser, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe. Diese Vereinbarung ersetzt Satz 1 der Tarifbedingung Nr. 17 zum § 4 Abs. 3 der MB/KK 2009.
d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
   – Inhalationen,
   – Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik,

– Massagen,
– Hydrotherapie und Packungen,
– Wärmebehandlung,
– Kältetherapie,
– Elektro- und Lichttherapie,
– Manuelle Therapie,
– Logopädie,
– Ergotherapie,
– Podologie.

Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.

e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
f) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur): Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen (erstattungsfähig bis zu 125 EUR Rechnungsbetrag), Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert).
Brillen sind erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen sind nicht erstattungsfähig.
g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung, soweit es sich um Kosten gemäß a), c) und d) handelt,
h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.1 sind darüber hinaus die Kosten für

i) teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse,
j) Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie,
k) ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen.
l) häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

Alle im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind bis zum jeweils genannten Höchstsatz erstattungsfähig.
Bei sonstiger Behandlung nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) sind die Kosten für alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Heilmittel, die sich - gegebenenfalls in Analogie - aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ergeben, und Arzneimittel erstattungsfähig.

3.2 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind bei stationärer Heilbehandlung die Kosten für

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG),
b) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen 40 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe.
Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen 30 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
d) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes und für Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Heilbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Heilbehandlung begrenzt.
Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, dabei jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
  – Vorstationäre Behandlung: 60 EUR
  – Nachstationäre Behandlung: 60 EUR
e) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen). Rücktransporte aus dem Ausland werden auf der Grundlage der im Bundesgesundheitsblatt veröffentlichten Richtlinien für die Durchführung von Ambulanzflügen erstattet.
f) Wurden während einer stationären Heilbehandlung keine Leistungen gemäß Buchstabe a) bis e) in Anspruch genommen, werden stattdessen 170 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.
g) Bei Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gemäß Buchstabe b), c) und f) gezahlt.

Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG oder werden die allgemeinen Krankenhausleistungen und der Zuschlag für Unterkunft zusammen berechnet, so gelten als Kosten für

– allgemeine Krankenhausleistungen nach Buchstabe a) maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären.
– den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft nach Buchstabe b) die Differenz der Kosten für die Inanspruchnahme der kostengünstigsten Pflegeklasse zu den Kosten für die Inanspruchnahme der ersten oder zweiten Pflegeklasse (in der Regel ein Ein- oder Zweibettzimmer).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.2 sind darüber hinaus die Kosten für

h) stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.
Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

3.3 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3a) sind die Kosten für
- Zahnbehandlung, z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneien, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne,
- zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)).

Erstattungsfähig gemäß Ziffer 1.3b) sind die Kosten für
- Zahnersatz, z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen (einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlung und chirurgischer Leistungen) und Reparaturen von Zahnersatz,
- Kieferorthopädie.

Als Zahnersatz gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen.

Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.

Die Erstattung der Material- und Laborkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung erfolgt in angemessenen Sätzen.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3.4 Pauschale Abgeltung für Bagatellfälle

Anspruch auf die pauschale Abgeltung besteht für jede versicherte Person, für die
- keine Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 dieses Tarifs für das volle abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden,
- die Versicherung nach diesem Tarif während des vollen abgelaufenen Kalenderjahres bestand und am 30. Juni des Folgejahres weiterhin besteht. Die letztgenannte Bedingung entfällt, wenn die Versicherung wegen gesetzlicher Krankenversicherungspflicht oder durch Tod zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni endet,
- alle Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr vollständig entrichtet wurden.

Nach Ziffer 1.1 - 1.3 in Anspruch genommene Leistungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die betreffende Behandlung erfolgt.

Die pauschale Abgeltung wird im Juli des Folgejahres ausgezahlt. Nach Annahme der pauschalen Abgeltung erlischt der Anspruch auf Leistungen nach den Ziffern 1.1 - 1.3 für das abgelaufene Kalenderjahr.

3.5 Vorsorgeuntersuchung („Check up“)

Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer werden die Kosten bis zu 360 EUR ersetzt, wenn
- für drei Jahre in unmittelbarer Folge Leistungen nach Ziffer 1.4 ausgezahlt wurden und
- seit der letzten Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer drei Jahre vergangen sind.

Die Kosten werden zusätzlich zur Leistung nach Ziffer 1.4 ersetzt.

Die Vorsorgeuntersuchung ist in dem Kalenderjahr in Anspruch zu nehmen, in dem die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Für eine Vorsorgeuntersuchung nach dieser Ziffer, die in einem Diagnose-Zentrum oder in ähnlichen Einrichtungen erfolgt, werden die Kosten abweichend von Tarifbedingung Nr. 13 ohne vorherige schriftliche Leistungszusage des Versicherers erstattet.

4 Beitragszahlung

Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

5 Anpassung des Versicherungsschutzes

Im Falle einer Anpassung nach § 8b MB/KK 2009 prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in den Ziffern 1 und 3 genannten EUR-Beträge anzupassen sind. Diese EUR-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 MB/KK 2009 mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Wichtige Information zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif Comfort +
oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden

1 Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

Bei ambulanter Behandlung
Z. B.. Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen, Nähr- und Stärkungsmittel (z. B. Vitamin- und Mineralstoffpräparate).

Bei stationärer Behandlung
Z. B. Schwangerschaftsunterbrechungen aus nicht medizinischen Gründen, Sterilisation, Kosten für Telefongespräche (die Bereitstellungskosten des Telefons erstattet der Versicherer).

Bei zahnärztlicher Behandlung
Sachkosten bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, die die angemessenen Höchstpreise übersteigen, rein kosmetische Leistungen, die über das medizinisch notwendige Maß hinausgehen, Amalgamaustausch ohne nachweisbare medizinische Notwendigkeit.

2 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Grundsätzliches
Erstattungsfähig sind ausschließlich medizinisch notwendige Leistungen (nicht: Verlangensleistungen und kosmetische Leistungen). Rechnungen sollten Sie sammeln und immer erst dann einreichen, wenn der voraussichtliche Leistungsbetrag höher ist als die tarifliche pauschale Abgeltung von 390 EUR (bzw. 130 EUR für Kinder und Jugendliche). Bitte verwenden Sie für die Einreichung von Rechnungen die dafür vorgesehenen Vordrucke. Wir können Ihre Leistungsansprüche dann schneller bearbeiten. Sie erhalten diese Vordrucke bei jeder Abrechnung. Sollte Ihnen kein Vordruck zur Verfügung stehen, achten Sie bitte auf folgende Angaben, ohne die eine Bearbeitung leider nicht möglich ist:
– Versicherungsnummer
– Originalbeleg der Rechnung
– Angabe der Diagnose auf allen Rechnungen und Bescheinigungen

Bei ambulanter Behandlung
In der Arztrechnung müssen die Bezeichnung der Krankheit (Diagnose), die Behandlungstage und die Ziffern der Gebührenordnung, nach denen der Arzt sein Honorar berechnet, enthalten sein.

Rezepte sollten Sie möglichst zusammen mit der Arztrechnung einreichen.

Eine Kostenerstattung erfolgt auch bei noch nicht bezahlten Rechnungen.

Heil- und Hilfsmittel (z. B. physikalische Therapie, Bandagen, Prothesen) müssen vorher ärztlich verordnet werden. Für Sehhilfen ist eine vorherige augenärztliche Verordnung erforderlich.

Einer vorherigen Leistungszusage bedürfen Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie deren Wartungs- und Reparaturkosten, wenn sie diesen Betrag überschreiten.

Bei stationärer Behandlung
Legen Sie im Krankenhaus Ihre „Card für Privatversicherte“ vor. Wir können dann direkt mit dem Krankenhaus abrechnen und Sie brauchen in der Regel nicht in Vorleistung zu treten.

Eine vorherige Kostenzusage ist empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit von Ihrem Wohnort entfernt oder im Ausland liegt.

Zahnärztliche Behandlung wird auch im Krankenhaus nach den tariflichen Bestimmungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie abgerechnet. Denken Sie bitte daran, in diesem Fall einen Heil- und Kostenplan erstellen zu lassen. Sie erfahren dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag erwarten können. Weitere Informationen zum Heil- und Kostenplan können Sie auch den Ausführungen zur zahnärztlichen Behandlung entnehmen.

Bei zahnärztlicher Behandlung
Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR reichen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Maßnahmen den Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes ein. Wir sagen Ihnen dann, welche Leistungen Sie aus Ihrem Versicherungsvertrag zu erwarten haben und wie hoch ggf. Ihr Eigenanteil ist.

Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernehmen wir im Rahmen des Tarifs.

Bei verspäteter Vorlage des Heil- und Kostenplans wird die Versicherungsleistung gekürzt.

Bei Behandlung im Ausland
Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Ab einem Auslandsaufenthalt von mehr als zwölf Monaten ist ggf. ein Beitragszuschlag zu entrichten.

Wir empfehlen Ihnen, uns bereits vor einem längerfristigen Auslandsaufenthalt zu benachrichtigen und einen in Deutschland wohnenden Bevollmächtigten zur Entgegennahme von Versicherungsleistungen und Willenserklärungen zu benennen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Comfort +: Sonderbedingungen

für Schüler, Studenten und Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 25., 30. bzw. 35. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
2. für jede versicherte Person spätestens mit Ablauf des Monats, in dem sie das 39. Lebensjahr vollendet,
3. hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem dieser berufstätig wird.

Vom Ersten des auf den Fortfall der Sonderbedingungen folgenden Monats an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für den versicherten Tarif. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter als neuem Eintrittsalter sowohl zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags gemäß § 149 VAG als auch zuzüglich des Beitrags für den gesetzlichen Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen, desgleichen die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit des Ehegatten.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

PIT - Gesetzliche Portabilität

Ein Produkt der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Gesetzliche Portabilität
Übertragungswert im Fall des Wechsels in eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung eines anderen privaten Krankenversicherers nach § 204 VVG. Die Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert werden in folgenden Leistungsstufen angeboten:

Für nicht beihilfeberechtigte Personen:
PIT

Für beihilfeberechtigte Personen
(abhängig von der Leistungsstufe der substitutive Krankheitskostenvollversicherung, der die versicherte Person zugeordnet ist):
PITB 100, PITB 70, PITB 70/55, PITB 60, PITB 60/45, PITB 55/40, PITB 50, PITB 50/35, PITB 45, PITB 45/30, PITB 40, PITB 40/25, PITB 35, PITB 35/20, PITB 30, PITB 30/15, PITB 25, PITB 25/15, PITB 20, PITB 20/15, PITB 15

Besondere Bedingungen für den Übertragungswert nach § 146 VAG

1 Geltung der AVB und Tarifbedingungen
Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Musterbedingungen MB/KK mit Tarifbedingungen).

2 Versicherungsbeginn
Das Datum der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen gilt als Datum des Vertragsschlusses im Sinne von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für den Gesamtvertrag. Ein ggf. bereits bestehender Vertrag gilt formell als beendet. Die Rechte aus dem bisherigen Vertrag werden jedoch vollständig in den neuen Vertrag übertragen.

3 Versicherungsfähigkeit
(1) Versicherungsfähig sind Personen für die ein Vertrag über eine substitutive Krankenversicherung (§ 195 Abs. 1 VVG) besteht und für die zugleich ein Übertragungswert nach § 146 VAG zu bilden ist.

(2) Nicht versicherungsfähig sind
– Kinder bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres,
– Jugendliche bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie ihr 20. Lebensjahr vollenden,
– Personen, für die eine kleine Anwartschaft ohne Aufbau einer Alterungsrückstellung oder ein Ausbildungstarif als substitutive Krankenversicherung im Sinne von § 195 Abs. 1 VVG besteht.

4 Versichererwechsel
(1) Bei einer vollständigen Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer den nach diesen Besonderen Bedingungen bestimmten Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer überträgt.

(2) Der Versicherungsnehmer hat keinen Anspruch auf Auszahlung des Übertragungswertes an sich selbst.

(3) Kein Anspruch auf einen Übertragungswert besteht für eine Krankenversicherung in Anwartschaft.

5 Übertragungswert
Der Übertragungswert ergibt sich nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG in Verbindung mit § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG für Versicherungszeiten ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen. Die Berechnung des Übertragungswertes erfolgt nach Maßgabe der technischen Berechnungsgrundlagen für diese Besonderen Bedingungen als Alterungsrückstellung, die sich im Basistarif nach § 146 VAG mit einem Selbstbehalt von 0 EUR zum letzten Bilanzstichtag (31.12. des letzten vollendeten Kalenderjahres) ergeben hätte.

6 Ende der Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert
(1) Mit Beendigung der substitutiven Krankenversicherung enden auch diese Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert.

(2) Eine Kündigung der Besonderen Bedingungen für den Übertragungswert ohne gleichzeitige vollständige Kündigung derjenigen Teile einer nach § 146 VAG substitutiven Krankenversicherung, die als Voraussetzung für diese Besonderen Bedingungen notwendig sind, ist sowohl für den Versicherer als auch für den Versicherungsnehmer ausgeschlossen.

(3) Bestehen bei Beendigung dieser Besonderen Bedingungen Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

7 Beitragszahlung
Der gemäß § 8 MB/KK 2009 zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweiligen Nachtrag zum Versicherungsschein bei späteren Vertragsänderungen.

8 Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers ändern, z. B. wegen einer Änderung des diesen Besonderen Bedingungen zugrunde liegenden Basistarifs, wegen sinkender oder steigender Inanspruchnahme des Übertragungswertes oder aufgrund steigender Lebenserwartung. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für diese Besonderen Bedingungen die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit der Besonderen Bedingungen vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

(2) Im Übrigen gilt auch für diese Besonderen Bedingungen § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Musterbedingungen MB/KK mit Tarifbedingungen).

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Futura

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Tarifwechseloption
Im Falle eines Tarifwechsels während der ersten fünf Versicherungsjahre verzichtet die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) zu bestimmten Terminen auf zusätzliche Risikozuschläge, Wartezeiten und Leistungsausschlüsse für die Mehrleistungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen

1 Annahmefähigkeit

2 Vertragsdauer

3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

4 Beitragszahlung

5 Ende des Versicherungsschutzes

Tarif Futura

Allgemeine Versicherungsbedingungen

1 Annahmefähigkeit

Der Tarif Futura kann ausschließlich bei erstmaligem Zugang in die Krankheitskostenvollversicherung und nur zusammen mit den Tarifen der Produktlinie Esprit abgeschlossen werden. Das Höchstaufnahmealter beträgt 45 Jahre. Als Alter des Versicherten gilt die Differenz aus dem Kalenderjahr und seinem Geburtsjahr.

2 Vertragsdauer

Der Tarif Futura wird für fünf Versicherungsjahre abgeschlossen. Dabei endet das erste Versicherungsjahr mit dem ersten vollen Kalenderjahr. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht einem Kalenderjahr.

3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist verpflichtet, Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung anzunehmen.

Soweit bei einem Wechsel in einen Tarif der Produktlinie Esprit oder Tarif Comfort + die Leistungen höher oder umfassender sind als in dem bisherigen Tarif, verzichtet der Versicherer zu den nachfolgend festgelegten Zeitpunkten auf

a) eine Gesundheitsprüfung und insoweit auch auf
b) einen Leistungsausschluss für die Mehrleistungen sowie
c) eine zusätzliche Wartezeit.
d) Hinsichtlich bereits eingetretener Versicherungsfälle werden für Behandlungszeiten nach Durchführung des Tarifwechsels die vollen tariflichen Leistungen zur Verfügung gestellt.

Im bisherigen Tarif eventuell vereinbarte Leistungsausschlüsse, Risikozuschläge oder Wartezeiten werden bei einem Wechsel auf den neuen Tarif übertragen. Dabei bleibt das prozentuale Verhältnis zwischen Risikozuschlag und Tarifbeitrag unverändert.

Der vereinfachte Tarifwechsel ist jeweils zum 1. Januar unmittelbar nach dem ersten, zweiten, dritten, vierten und fünften Versicherungsjahr möglich. Zur Ausübung der Tarifwechseloption genügt es, wenn der Antrag drei Monate vor dem gewünschten Umstellungstermin gestellt wird.

4 Beitragszahlung

Während der Vertragsdauer ist der Versicherungsnehmer zur Zahlung des im Versicherungsschein genannten Beitrags verpflichtet.

5 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz nach Tarif Futura endet aus folgenden Gründen:

a) Nach Ablauf der Versicherungsdauer von fünf Versicherungsjahren
b) Nach Ausübung eines Tarifwechsels in einen Tarif mit Mehrleistungen
c) Mit dem Wegfall des Grundtarifs
d) Bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, wenn die Kündigung bis 30.09. des Versicherungsjahres vorgelegen hat.

Hat der Versicherte zum Zeitpunkt der Beendigung das Alter 40 noch nicht erreicht, kann der Versicherungsnehmer die Beendigung aus den Gründen a) und b) einmalig auf Antrag abwenden, sofern dieser Antrag spätestens am Tag der Beendigung des Tarifs Futura gestellt wird. Der Vertrag verlängert sich dadurch um weitere fünf Versicherungsjahre. Im Falle einer Vertragsverlängerung wird der zu diesem Zeitpunkt für das dann erreichte Alter gültige Beitrag zugrunde gelegt.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife START-B, R-START-B – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung, wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 % bis 500 EUR pro Kalenderjahr)
75 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
90 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 500 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.000 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 2.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 3.000 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR jährlich.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Tarifliche Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
1.6 Hilfsmittel
1.7 Sehhilfen
1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.9 Ambulante Transportkosten
1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
1.11 Behandlung durch Heilpraktiker
1.12 Häusliche Behandlungspflege

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
4.3 Entziehungsmaßnahmen
4.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife START-B mit den Tarifstufen 100/50/30/20/20V und R-START-B mit den Tarifstufen 100/50/30/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe START-B 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe START-B 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe START-B 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen für die Leistungen gemäß Abschnitt B:

START-B, R-START-B (nicht als 20V)					
Tarifstufe	100	50	30	20V	20
Erstattungsprozentsatz	100	50	30	20	20

Berechnungsbeispiel:
Versichert: Tarifstufe START-B 50

Eingereicht: Heilpraktikerrechnung über 250 EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.
Es gilt: 75 % von 250 EUR = 187,50 EUR,
davon 50 % = 93,75 EUR Erstattungsbetrag.

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

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen. Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien und in den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Tarifliche Leistung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 sind die folgenden bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze zur Ermittlung der tariflichen Leistung relevant.

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

  Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen. Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten werden als solche anerkannt, wenn ersichtlich ist, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.
- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch einen der oben aufgeführten Ärzte erfolgt. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.

– 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger erfolgt.
– 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.
Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR pro Kalenderjahr, sind die Kosten darüber hinaus zu 100 % berücksichtigungsfähig; für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist für eine 100 %-Berücksichtigung ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag von 2.000 EUR pro Kalenderjahr maßgeblich.
Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so reduziert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Berücksichtigungsfähigkeit 75 % beträgt, um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Für Arzneimittel gemäß Abschnitt B 1.4 sind berücksichtigungsfähig:
– 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird,
– 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewiesenen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,
– 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,
– 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in allen übrigen Fällen.

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

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wäre.

1.7 Sehhilfen
Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

1.8 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen berücksichtigt.

Zu berücksichtigen ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus sind Heilmittel zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % zu berücksichtigen, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.9 Ambulante Transportkosten
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.

1.11 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt B 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

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

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege bis zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnprophylaxe
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Berücksichtigungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

2.2 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.3 Kieferorthopädie
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Berücksichtigungsfähig sind 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

2.4 Zahnersatz
2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays) einschließlich Reparaturen, Kosten für implantologische Leistungen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen. Kosten für Verblendungen im vorderen Zahnbereich sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 80 %, bei einem Prozentsatz von 80 % auf einen von 70 %, wenn im jeweils vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 70 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 70 % auf 80 % bzw. von 80 % auf 90 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ein Prozentsatz von mehr als 90 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	500 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.000 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	2.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR.

Ab dem fünften Versicherungsjahr maximal 4.000 EUR pro Versicherungsjahr.

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

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, rät der Versicherer vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Heilbehandlung die nachfolgend gemäß Abschnitt B 3.1 und B 3.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht erstattungsfähig.

4.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

4.4 Kommunikationshilfeleistungen
Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
a) Zeitpunktbezogene Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START-B, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START-B ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung angebotenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option
Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung gemäß Abschnitt C 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherren über den Laufbahnwechsel (Dienstherrenbescheid) in Kopie beizufügen.

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

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

4 Information über die Ausübung der Option
Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der in Abschnitt C 1a) genannten Optionstermine vom Versicherer über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf des Optionstermins, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz nur mit dem in Abschnitt C 1b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung aufgrund eines der in Abschnitt C 1b) genannten Ereignisses erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1a) entsprechend verlängern.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-START-B

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

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungszeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif START-B fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-START-B 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal 18 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-START-B weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)START-B darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif KlinikUNFALLpur der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Gesetzliche Krankenversicherung

SGB VI: Sozialgesetzbuch -Sechstes Buch
Gesetzliche Rentenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch Elftes Buch
Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife START-B und R-START-B

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B
Bestattungskosten (B 4.2)
Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger (B 3.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

C/D/E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Entziehungsmaßnahmen (B 4.3)
Ergotherapie (B 1.8)

F
Fahrtkosten (B 3.3)

G
Generika (B 1.5)
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.11)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.8)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.8)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 4.4)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankentransportkosten (B 3.3)

L
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

M/N
Massage (B 1.8)
Massagegeräte (B 1.8)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.10)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.8)
Sehhilfen (B 1.7)
Sehstärke (B 1.7)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 4.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wartezeiten (A 2)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zu den Krankheitskostentarifen (R-)START-B

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

1. Wie werden Leistungen nach den Beihilfetarifen (R-)START-B erstattet?
Die nachfolgend beschriebenen Leistungen werden in der jeweils versicherten Tarifstufe zu folgendem Prozentsatz erstattet:

Tarifstufe	Erstattung
R-START-B 100	100 %
START-B 50, R-START-B 50	50 %
START-B 30, R-START-B 30	30 %
START-B 20, R-START-B 20	20 %
START-B 20V	20 %

2. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

Nicht erstattet werden die Kosten für z. B. Geburtsvorbereitung, Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik.

3. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

4. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?
Sofern die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt durch den Hausarzt erfolgt, erhalten Sie 100 % der erstattungsfähigen Kosten. Als Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist) gelten auch der Facharzt für Kinderheilkunde, Gynäkologie oder Augenheilkunde oder im Falle einer Notfallbehandlung der Not- oder Bereitschaftsarzt.

Erfolgt die Erstbehandlung nicht durch den Hausarzt, beträgt die Erstattung für die gesamte laufende Behandlung 75 %. Erreicht die 25 %ige Selbstbeteiligung einen Betrag von 1.000 EUR* unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

5. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden bezahlt?
Die Tarife (R-)START-B leisten neben den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheitscheckup sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Konkrete Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Anhang zu diesem Informationsblatt und finden Sie unter www.g-ba.de.

6. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfach-Impfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Grippe-Schutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B, Polio, Diphtherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

*Für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen sowie Verbandmittel beträgt die Erstattung 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR (bei Personen unter 20 Jahren 2.000 EUR) im Kalenderjahr, wird darüber hinaus zu 100 % für dieses Kalenderjahr erstattet.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

7. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe beträgt die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres 375 EUR.

8. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Ab der 31. Sitzung ist eine schriftliche Zusage durch uns erforderlich. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe einen Betrag von bis zu 150 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 300 EUR.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?
Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe entspricht dies einer maximalen Erstattung von 375 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % für den im Kalenderjahr 500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, wenn die Heilmittel in Verbindung mit einer in den AVB aufgezählten schweren Erkrankung verordnet wurden.

12. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Erstattung beträgt direkt 100 %, sofern Sie auf ein vorhandenes Generikum zurückgreifen bzw. noch kein Generikum auf dem Markt zur Verfügung steht oder es sich um eine Notfall- oder Unfallbehandlung handelt bzw. im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische (lebensbedrohliche) Reaktionen auftreten oder zu befürchten sind.

Für Informationen und Preise von Arzneimitteln (Originalpräparate und Generika) steht Ihnen im Internet auf der Seite www.derprivatpatient.de eine umfangreiche Arzneimittel-Datenbank zur Verfügung.

13. Was sind Generika?
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen - z. B. das Generikum ASS Ratiopharm gleicht dem Referenzpräparat Aspirin von Bayer. Da aufwändige Forschungskosten zum Teil entfallen, wird es möglich, dieses Medikament kostengünstiger zuzulassen und herzustellen. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft. Ob zu einem Originalpräparat ein Generikum existiert, können Sie bei Ihrem Apotheker erfahren.

14. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ bzw. der GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnprophylaxe?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ erstattet.

16. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr der Versicherung bleibt die Erstattung bei 90 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

17. Werden auch Implantate erstattet?
Ja, Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig.

18. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden 20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet.

19. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge:

Im ersten Versicherungsjahr	500 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.000 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	2.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	3.000 EUR

Ab dem fünften Versicherungsjahr 4.000 EUR pro Versicherungsjahr. Die Höchstsätze entfallen bei Unfall.

20. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Nein, aber sollten die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 1.500 EUR übersteigen, raten wir Ihnen einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung einzureichen, damit Sie einen Überblick über die zu erwartende Kostenerstattung erhalten.

21. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

22. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für die Tarife (R-)START-B besteht kein absoluter Selbstbehalt.

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Im Einzelnen sind dies die unter Punkt 1. bis 4. aufgeführten Untersuchungen:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung)

Einmal innerhalb von zwei Jahren kann folgende Untersuchung erfolgen.

Anamnese (Vorgeschichte):
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
und
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Laboruntersuchungen Blut und Urin:
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3562 H1 GOÄ Cholesterin
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl.

Bei Männern haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 28 GOÄ Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Männern wird zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt:

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei Frauen haben die Untersuchungen folgenden Umfang:
Ziffer 27 GOÄ Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen
(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Spiegeleinstellung der Portio
Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
Ziffer 4851 GOÄ zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Frauen kann zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt werden:
Abtasten der Brustdrüse und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust.

Zusätzlich kann bei Frauen folgende Untersuchung durchgeführt werden:
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms
2x Ziffer 5266 GOÄ Mammographie
(ggf. Ziffer 5298 GOÄ Zuschlag)
Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch im Abstand von 24 Monaten

Für Männer und Frauen werden speziell zur Darmkrebsfrüherkennung folgende Untersuchungen durchgeführt:

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Koloskopie:
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata
Ziffer 451 GOÄ Intravenöse Kurznarkose
alternativ hierzu
Ziffer 452 GOÄ Intravenöse Narkose - mehrmalige Verabreichung
Ziffer 602 GOÄ Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 650 GOÄ EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen
Ziffer 687 GOÄ Hohe Koloskopie
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits-
und Befundbericht
oder wahlweise

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Anspruch besteht alle zwei Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien.

Für Männer und Frauen werden speziell zum Hautkrebs-Screening folgende Untersuchungen durchgeführt:

Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Hautkrebs, Anspruch besteht alle zwei Jahre

Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Frühkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

3. Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft

Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Ziffer 23 GOÄ Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 24 GOÄ Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf im Abstand von 4 Wochen

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 415 GOÄ Ultraschalluntersuchung
(ggf. Ziffer 403 GOÄ Zuschlag, Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen)
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3982 GOÄ AB0-Merkmale
Ziffer 3985 GOÄ Anti-Humanglobulin-Test
Ziffer 4232 GOÄ TPHA
Ziffer 4387 GOÄ Röteln-Virus

Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung)

Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild

sowie sechs bis acht Wochen nach der Entbindung

Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 651 GOÄ EKG
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3760 GOÄ Protein im Urin

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind

Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u.a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.

Ziffer 25 GOÄ Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Erweitertes Neugeborenen-Screening:

	2. - 3.	Lebenstag
U2:	3. -10.	Lebenstag
U3:	4. - 6.	Lebenswoche
U4:	3. - 4.	Lebensmonat
U5:	6. - 7.	Lebensmonat
U6:	10. -12.	Lebensmonat
U7:	21. -24.	Lebensmonat
U8:	43. -48.	Lebensmonat
U9:	60. -64.	Lebensmonat
J1:	12. -14.	Lebensjahr

Für die Kinderuntersuchungen erkennen wir die

Ziffer 26 GOÄ Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten an

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus).

Im Rahmen der Schutzimpfungen für Erwachsene und Kinder werden die Kosten der Impfsera, Beratungs- und Injektionsleistungen erstattet.

Zahnvorsorge
Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Zahnvorsorge.

Folgende Gebührenziffern werden anerkannt:

Ziffer 0010	GOZ	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

ggf. mit

Ziffer 1	GOÄ	Beratung, auch telefonisch

Alternativ erkennen wir ebenfalls an:

Ziffer 1000	GOZ	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 1010	GOZ	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 1020	GOZ	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel
Ziffer 1030	GOZ	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger je Kiefer
Ziffer 1040	GOZ	Professionelle Zahnreinigung

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife KOMFORT-B+, R-KOMFORT-B+ – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung, einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arznei- und Verbandmittelerstattung
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 %)
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
100 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR. Ab dem fünften Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Hilfsmittel
1.6 Sehhilfen
1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.8 Ambulante Transportkosten
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
1.11 Ambulante Operationen
1.12 Häusliche Behandlungspflege

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.4 Begleitperson bei Kindern
3.5 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
4.3 Entziehungsmaßnahmen
4.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B+ mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20V/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 und R-KOMFORT-B+ mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe KOMFORT-B+ 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe KOMFORT-B+ 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe KOMFORT-B+ 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen für die Leistungen gemäß Abschnitt B:

KOMFORT-B+, R-KOMFORT-B+ (nicht als 20V)									
Tarifstufe	100	50	45	40	35	30	25	20V	20
Erstattungs-prozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	20

KOMFORT-B+, R-KOMFORT-B+							
Tarifstufe	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15
Erstattungs-prozent-satz gemäß Abschnitt B 1 und B 2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3	50	45	40	35	30	25	20
Erstattungs-prozent-satz gemäß Abschnitt B 3, B 4.1 und B 4.2 sowie stationär erbrachte Leistungen nach B 4.3	35	30	25	20	15	15	15

Berechnungsbeispiel:
Versichert: Tarifstufe KOMFORT-B+ 50
Eingereicht: Heilmittelrechnung über 250 EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.
Es gilt: 75 % von 250 EUR = 187,50 EUR,
davon 50 % = 93,75 EUR Erstattungsbetrag.

Wird die ambulante Operationspauschale gemäß Abschnitt B 1.12 beansprucht, dann werden von der Pauschale über 200 EUR aufgrund der Tarifstufe 50 % = 100 EUR zur Verfügung gestellt.

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

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

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

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Schutzimpfungen (z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen), auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Berücksichtigungsfähig sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie z. B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung). Kosten einer künstlichen Ernährung auf enteralem (über den Magen-Darm-Kanal ohne die natürliche Benutzung des Mund-Rachen-Raums, z. B. durch Sondennahrung) oder auf parenteralem

Weg (Aufnahme der notwendigen Nährstoffe über das Blutgefäßsystem unter Umgehung des Verdauungstraktes) sind dann erstattungsfähig, wenn aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wäre.

1.6 Sehhilfen
Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen berücksichtigt.

Berücksichtigungsfähig sind 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % zu berücksichtigen:
Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.8 Ambulante Transportkosten
Berücksichtigungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.

1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt B 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

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

1.11 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, werden aus dem Tarif KOMFORT-B+ oder R-KOMFORT-B+ 200 EUR je Operation bzw. Eingriff zur Verfügung gestellt. Die Zahlung erfolgt zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1. Der Betrag vermindert sich in Abhängigkeit zur versicherten Tarifstufe (siehe Abschnitt A 3).

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege bis zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnprophylaxe
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Berücksichtigungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

2.2 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.3 Kieferorthopädie
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Berücksichtigungsfähig sind 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt ab dem fünften Versicherungsjahr und für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, rät der Versicherer vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Heilbehandlung die nachfolgend gemäß Abschnitt B 3.1 bis B 3.3 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze und Leistungen gemäß Abschnitt B 3.4 und B 3.5.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

3.4 Begleitperson bei Kindern
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif KOMFORT-B+, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

3.5 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif KOMFORT-B+, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf max. 80 EUR pro Tag.

Voraussetzungen sind:
– bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und
– die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und
– keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Diese Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um
– ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
– eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
– eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht

handelt.

4 Sonstige Leistungen

4.1 Krankentransport aus dem Ausland

Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht erstattungsfähig.

4.3 Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

4.4 Kommunikationshilfeleistungen

Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

a) Zeitpunktbezogene Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif KOMFORT-B+, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif KOMFORT-B+ ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung angebotenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option

Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung gemäß Abschnitt C 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherren über den Laufbahnwechsel (Dienstherrenbescheid) in Kopie beizufügen.

2 Alterungsrückstellung

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

3 Gesundheitsprüfung

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

4 Information über die Ausübung der Option

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

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz nur mit dem in Abschnitt C 1b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung aufgrund eines der in Abschnitt C 1b) genannten Ereignisses erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts

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

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B+

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten für den Tarif R-KOMFORT-B+ noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als 18 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif KOMFORT-B+ fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-KOMFORT-B+ 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal 18 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-KOMFORT-B+ weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT-B+ darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)KOMFORT-B-W, (R-)KOMFORT-B-E oder (R-)KOMFORT-B-E1 der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Gesetzliche Krankenversicherung

SGB VI: Sozialgesetzbuch -Sechstes Buch
Gesetzliche Rentenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch Elftes Buch
Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife KOMFORT-B+ und R-KOMFORT-B+

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.11)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei-und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B
Begleitperson (B 3.4 und B 3.5)
Belegärzte, Beleghebammen und -enbindungspfleger (B 3.2)
Bestattungskosten (B 4.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.6)

C/D/E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.6)
Entziehungsmaßnahmen (B 4.3)
Ergotherapie (B 1.7)

F
Fahrtkosten (B 3.3)

G
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 4.4)
Kontaktlinsen (B 1.6)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankentransportkosten (B 3.3)

L
Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N
Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.9)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.6)
Sehstärke (B 1.6)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 4.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wartezeiten (A 2)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife KOMFORT-B-W, R-KOMFORT-B-W – Krankheitskostentarife für stationäre Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Stationäre Heilbehandlung
100 % Wahlärztliche Behandlung
100 % Zweibettzimmer
30 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung
20 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft im Zweibettzimmer

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Stationäre ärztliche Leistungen
2 Stationäre Unterbringung im Zweibettzimmer
3 Krankenhaustagegeld

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Frist zur Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/25/20V/20/15 und R-KOMFORT-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/25/20/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe KOMFORT-B-W 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe KOMFORT-B-W 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altergrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe KOMFORT-B-W 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

KOMFORT-B-W, R-KOMFORT-B-W (nicht als 20V)								
Tarifstufe	100	50	35	30	25	20	20V	15
Erstattungs-prozentsatz	100	50	35	30	25	20	20	15

Wird Krankenhaustagegeld gemäß Abschnitt B 3 beansprucht, dann werden die genannten Beträge in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe KOMFORT-B-W 50
50 % von 30 EUR = 15 EUR

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

1 Stationäre ärztliche Leistungen
Berücksichtigungsfähig sind zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind ebenfalls berücksichtigungsfähig.

2 Stationäre Unterbringung im Zweibettzimmer
Berücksichtigungsfähig zu 100 % sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

3 Krankenhaustagegeld
Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR. Wird keine Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR. Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert und hat den Tarif KOMFORT-B-W allein versichert als teilweise beihilfeberechtigter (berücksichtigungsfähiger) Ehegatte oder Kind oder ist sie heilfürsorgeberechtigt, so hat die versicherte Person bei Entfall der Versicherungspflicht oder der Heilfürsorge das Recht, ohne Gesundheitsprüfung den Versicherungsschutz bedarfsgerecht um die Tarife KOMFORT-B oder KOMFORT-B+ und KOMFORT-B-E oder KOMFORT-B-E1 zu erweitern.

Gleichzeitig kann in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung nach Beihilfetarifen ohne Gesundheitsprüfung eine Krankenhaustagegeldversicherung zur Deckung der bestehenden stationären Abzugsbeträge sowie eine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden.

Sofern für die versicherte Person die Versicherungspflicht entfällt und auch kein Heilfürsorge- oder Beihilfeanspruch besteht, hat sie das Recht, ohne Gesundheitsprüfung bedarfsgerecht in die Tarife KOMFORT oder KOMFORT-PLUS der Produktlinie privat Unisex des Versicherers umzustellen.

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

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

4 Frist zur Ausübung der Option
Soweit eine Umstellung aufgrund eines der in Abschnitt C 1 genannten Ereignisse erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf sechs Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1 dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B-W

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten für den Tarif R-KOMFORT-B-W noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als 18 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif KOMFORT-B-W fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-KOMFORT-B-W 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal 18 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-KOMFORT-B-W weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT-B-W darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)KOMFORT-B oder (R-)KOMFORT-B+ und (R-)KOMFORT-B-E bzw. (R-)KOMFORT-B-E1 der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. sowie eine gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorgeberechtigung bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen privaten Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden. In Bezug auf die Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gilt diese Einschränkung nicht für in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und Heilfürsorgeberechtigte.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife KOMFORT-B-E, R-KOMFORT-B-E – Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Behandlung durch Heilpraktiker
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 5.000 EUR jährlich. Ab dem zehnten Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Behandlung durch Heilpraktiker
1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen

2 Zahnärztliche Heilbehandlung
2.1 Zahntechnische Leistungen
2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 und R-KOMFORT-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie Beihilfeansprüche nach einer Beihilfevorschrift bzw. -verordnung besitzen.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

KOMFORT-B-E, R-KOMFORT-B-E				
Tarifstufe	80	70	50	30
Erstattungsprozentsatz	80	70	50	30

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

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

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Behandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

1.2 Behandlung durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2 Zahnärztliche Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1.1 und B 2.1.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahntechnische Leistungen
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays).

2.1.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für zahntechnische Leistungen für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.1.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR,

ab dem fünften Versicherungsjahr maximal 5.000 EUR pro Versicherungsjahr.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt ab dem zehnten Versicherungsjahr und für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif KOMFORT-B-E zusammen mit den Tarifen KOMFORT-B oder KOMFORT-B+ versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus den Tarifen KOMFORT-B oder KOMFORT-B+, es sei denn, die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus KOMFORT-B oder KOMFORT-B+.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B-E

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-KOMFORT-B-E noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als 18 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach den bestehenden Beihilfetarifen fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal 18 Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-KOMFORT-B oder R-KOMFORT-B+) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT-B-E darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)KOMFORT-B oder (R-)KOMFORT-B+ und (R-)KOMFORT-B-W der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife KOMFORT-B-E1, R-KOMFORT-B-E1 – Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Behandlung durch Heilpraktiker
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz

Die Zahnhöchstsätze betragen im ersten Versicherungsjahr 750 EUR, in den ersten beiden Versicherungsjahren 1.500 EUR, in den ersten drei Versicherungsjahren 3.000 EUR, in den ersten vier Versicherungsjahren 4.500 EUR, ab dem fünften Versicherungsjahr 5.000 EUR jährlich. Ab dem zehnten Versicherungsjahr entfällt die Begrenzung.

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Behandlung durch Heilpraktiker
1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen

2 Zahnärztliche Heilbehandlung
2.1 Zahntechnische Leistungen
2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 und R-KOMFORT-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, deren Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten von mindestens 50 Prozent vorsieht. Entfällt die Versicherungsfähigkeit (Änderung der Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten auf weniger als 50 Prozent), so ist, auch bei verspäteter Anzeige, ab dem Zeitpunkt des Fortfalls der Versicherungsfähigkeit eine Umstellung in den Tarif KOMFORT-B-E vorzunehmen. Die erworbenen Rechte bleiben dabei erhalten.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem ermittelten erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

KOMFORT-B-E1, R-KOMFORT-B-E1								
Tarifstufe	80	75	70	65	60	55	50	30
Erstattungs-prozentsatz	80	75	70	65	60	55	50	30

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

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

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Behandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

1.2 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2 Zahnärztliche Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1.1 und B 2.1.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahntechnische Leistungen
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays).

2.1.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für zahntechnische Leistungen für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.1.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

Im ersten Versicherungsjahr maximal	750 EUR,
in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen maximal	1.500 EUR,
in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen maximal	3.000 EUR,
in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen maximal	4.500 EUR,

ab dem fünften Versicherungsjahr maximal 5.000 EUR pro Versicherungsjahr.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt ab dem zehnten Versicherungsjahr und für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif KOMFORT-B-E1 zusammen mit den Tarifen KOMFORT-B oder KOMFORT-B+ versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus den Tarifen KOMFORT-B oder KOMFORT-B+, es sei denn, die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus KOMFORT-B oder KOMFORT-B+.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B-E1

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-KOMFORT-B-E1 noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als 18 Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach den bestehenden Beihilfetarifen fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal 18 Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-KOMFORT-B oder R-KOMFORT-B+) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT B-E1 darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)KOMFORT-B oder (R-)KOMFORT-B+ und (R-)KOMFORT-B-W der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zu den Krankheitskostentarifen (R-)KOMFORT-B+, (R-)KOMFORT-B-W, (R-)KOMFORT-B-E(1)

Produktlinie Beihilfe Unisex

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

1. Wie werden Leistungen nach dem Beihilfetarif (R-)KOMFORT-B+ erstattet?
Die nachfolgend beschriebenen Leistungen werden in der jeweils versicherten Tarifstufe zum entsprechenden Prozentsatz erstattet. Die numerische Bezeichnung des Tarifs entspricht dabei dem versicherten Erstattungsprozentsatz nach folgenden Beispielen:

Tarifstufe	Erstattung
(R-)KOMFORT-B+ 100	100 %
(R-)KOMFORT-B+ 30	30 %
(R-)KOMFORT-B-E 70	70 %

2. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

3. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

4. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen?
Sie erhalten 100 % der erstattungsfähigen Kosten.

5. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden bezahlt?
Der Tarif (R-)KOMFORT-B+ leistet neben den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie der Kinder- und Jugendlichenvorsorge unter anderem auch für Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie“ den Gesundheitscheck-up sowie gemäß der „Krebsfrüherkennungs-Richtlinie“ bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer werden auch Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren erstattet.

Konkrete Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Anhang zu diesem Informationsblatt und finden Sie unter *www.g-ba.de*.

6. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen (z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung), auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E(1) versichert, dann werden die in Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen und nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inklusive Impfstoff erstattet.

7. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet.
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe des Tarifs (R-)Komfort-B+ beträgt die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres 1.000 EUR.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E oder (R-)KOMFORT-B-E1 versichert, dann sind zusätzlich nach Vorleistung der Beihilfe verbleibende Aufwendungen nach Maßgabe des vorherigen Absatzes berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistung des Versicherers aus diesen Tarifen und der Beihilfe ergeben für Heilpraktikerleistungen maximal eine zusätzliche Leistung von 500 EUR, ergänzend zur Leistung des Tarifs (R-)Komfort-B+.

8. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Ab der 31. Sitzung ist eine schriftliche Zusage durch uns erforderlich.
Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe einen Betrag von bis zu 150 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 300 EUR.

Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Wird ein Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt oder kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?
Erstattet werden 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages erstattet, sofern eine in den Versicherungsbedingungen aufgezählte schwere Erkrankung vorliegt.

12. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, egal ob Sie ein Originalpräparat oder ein Generikum (=alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) kaufen.

Für Informationen und Preise von Arzneimitteln (Originalpräparate und Generika) steht Ihnen im Internet auf der Seite *www.derprivatpatient.de* eine umfangreiche Arzneimittel-Datenbank zur Verfügung.

13. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

14. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Ziffern 1000-1030 GOZ.

Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der GOZ erstattet.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr der Versicherung bleibt die Erstattung bei 100 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 80 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E(1) versichert, dann sind zusätzlich die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen der zahntechnischen Laborkosten nach den Zahnhöchstsätzen berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistungen des Versicherers und der Beihilfe ergeben maximal den Gesamtbetrag der erstattungsfähigen zahntechnischen Laborkosten.

16. Werden auch Implantate erstattet?
Ja, Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig.

17. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat. Zusätzlich werden 20 % nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung erstattet.

18. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge im Tarif (R-)Komfort-B+:

Im ersten Versicherungsjahr	750 EUR
In den ersten beiden Versicherungsjahren	1.500 EUR
In den ersten drei Versicherungsjahren	3.000 EUR
In den ersten vier Versicherungsjahren	4.500 EUR

Die Höchstsätze entfallen ab dem 5. Versicherungsjahr oder bei Unfall.

Sind die Tarife (R-)Komfort-B-E oder (R-)Komfort-B-E1 zusätzlich versichert, gelten für diese Tarife abweichende Höchstsätze für die unter Anrechnung der Vorleistung der Beihilfe zu erbringende Leistung.

19. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Nein, aber sollten die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 1.500 EUR übersteigen, raten wir dazu, uns einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung einzureichen. So können wir Ihnen die erstattungsfähigen Kosten der geplanten Behandlung genau beziffern.

20. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d. h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer sowie eine Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ist der Tarif (R-)KOMFORT-B-W zusätzlich versichert, werden die Kosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ für Chefarztbehandlung und für die Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100 % erstattet. Wird für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes die Chefarztbehandlung nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt. Wird das Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt.

21. Welche Leistungen erhalte ich im Ausland?
Ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen sind berücksichtigungsfähig.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E oder (R-)KOMFORT-B-E1 versichert, werden für akut eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt zu 100 % Leistungen erbracht. Auch der medizinisch notwendige, ärztlich angeordnete Krankentransport aus dem Ausland und die Kosten für Überführung/Bestattung im Ausland sind zu 100 % erstattungsfähig.

22. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für den Tarif (R-)KOMFORT-B+ besteht kein absoluter Selbstbehalt.

Anhang – Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen
Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Im Einzelnen sind dies die unter Punkt 1 bis 6 aufgeführten Untersuchungen:

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung)
Einmalig zwischen dem 18. bis 35. Lebensjahr und ab dem 35sten Lebensjahr einmal innerhalb von zwei Jahren können folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Gesundheits-Check-Up

Ziffer 29		GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
Ziffer 250		GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3560		GOÄ Glukose
Ziffer 3562	H1	GOÄ Cholesterin
Ziffer 3511		GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer 75		GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer 652		GOÄ EKG in Ruhe/bei Ergometrie
Ziffer 410		GOÄ Ultraschalluntersuchung ein Organ (Carotis links)
Ziffer 420		GOÄ Ultraschalluntersuchung je Organ (Carotis rechts)
Ziffer 3550		GOÄ Blutbild
Ziffer 3595	H1	GOÄ GPT
Ziffer 3594	H1	GOÄ GOT
Ziffer 3592	H1	GOÄ Gamma-GT

Bei Männern ab dem 65sten Lebensjahr kann einmalig folgende Untersuchung durchgeführt werden:

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 410	GOÄ Ultraschalluntersuchung ein Organ (Bauchaorta)
Ziffer 401	GOÄ Zuschlag Duplex-Verfahren

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl.

Bei Männern ab dem 40sten Lebensjahr können jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 28	GOÄ Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 75	GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Zusätzlich PSA-Wert

Ziffer 250		GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3908	H3	GOÄ PSA

Bei Männern wird zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt:

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei Frauen ab dem 13ten Lebensjahr und bis zum 25sten Lebensjahr können jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 297	GOÄ Abstrich zur zytologischen Untersuchung
Ziffer 4253	GOÄ Chlamydia trachomatis
Ziffer 4265	GOÄ Chlamydia trachomatis

Ab dem 20sten Lebensjahr können bei Frauen jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 297	GOÄ Abstrich zur zytologischen Untersuchung
Ziffer 1070	GOÄ Kolposkopie
Ziffer 4851	GOÄ zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer 75	GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer 410	GOÄ Ultraschalluntersuchung ein Organ
Ziffer 420	GOÄ Ultraschalluntersuchung je Organ bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 403	GOÄ Zuschlag transkavitäre Untersuchung

Zusätzlich ab dem 35. Lebensjahr alle drei Jahre:

2x Ziffer 4783	GOÄ Polymerasekettenreaktion (HPV)

Ab dem 25sten Lebensjahr können bei Frauen jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Abtasten der Brustdrüse und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust.

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems

Ab dem 50sten Lebensjahr und bis zum 68sten Lebensjahr können bei Frauen einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Mammographie

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 60A	GOÄ Doppelbefundung der Röntgenbilder
2x Ziffer 5266	GOÄ Mammographie
(ggf. Ziffer 5298	GOÄ Zuschlag)

Alternativ hierzu können auch folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Sonographie statt Mammographie

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 7	GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 418	GOÄ Ultraschalluntersuchung Brustdrüse
Ziffer 420	GOÄ Ultraschalluntersuchung je Organ bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 401	GOÄ Zuschlag Duplex-Verfahren

Für Männer und Frauen werden speziell zur Darmkrebsfrüherkennung folgende Untersuchungen durchgeführt:

Ab dem 50sten Lebensjahr und bis zum 54sten Lebensjahr können jährlich und ab dem 55sten Lebensjahr können einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Hämokkulttest:
Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

Ziffer 1	GOÄ Beratung
Ziffer 11	GOÄ Digitaluntersuchung Mastdarm
Ziffer 3735a	GOÄ Immunologischer Stuhltest auf okkultes Blut (iFOBT)

Ab dem 45sten Lebensjahr und bis zum 65sten Lebensjahr können alle zehn Jahre folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Koloskopie:
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems
Ziffer 452 GOÄ Intravenöse Narkose - mehrmalige Verabreichung
Ziffer 602 GOÄ Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 650 GOÄ EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen
Ziffer 687 GOÄ Hohe Koloskopie
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer 4800 GOÄ Histologische Untersuchung

Für Männer und Frauen werden speziell zum Hautkrebs-Screening folgende Untersuchungen durchgeführt:

Ab dem 35sten Lebensjahr können einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems

Hautkrebs-Screening, Erweiterung Lupe
Ziffer 750 GOÄ Auflichtmikroskopie der Haut

3. Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft
Welche Untersuchungen werden durchgeführt?

Ziffer 23 GOÄ Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft

im Folgenden:
Ziffer 24 GOÄ Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf im Abstand von vier Wochen

zusätzlich
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 415 GOÄ Ultraschalluntersuchung
(ggf. Ziffer 403 GOÄ Zuschlag, Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen)
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3982 GOÄ AB0-Merkmale
Ziffer 3985 GOÄ Anti-Humanglobulin-Test
Ziffer 4232 GOÄ TPHA
Ziffer 4387 GOÄ Röteln-Virus

Untersuchungen nach der Geburt (unmittelbar nach der Entbindung, in der ersten Woche nach der Entbindung)
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild

sowie sechs bis acht Wochen nach der Entbindung
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 651 GOÄ EKG
Ziffer 3550 GOÄ Blutbild
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3760 GOÄ Protein im Urin

4. Früherkennungsuntersuchungen beim Kind
Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten entsprechend der Früherkennungsrichtlinien. Sie beinhalten u.a. die Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen und ggf. eine Beratung der Bezugsperson.

U1 1. Lebenstag
U2: 3. - 10. Lebenstag
U3: 4. - 6. Lebenswoche
U4: 3. - 4. Lebensmonat
U5: 6. - 7. Lebensmonat
U6: 10. - 12. Lebensmonat
U7: 21. - 24. Lebensmonat
U7a: 34. - 36. Lebensmonat
U8: 43. - 48. Lebensmonat
U9: 60. - 64. Lebensmonat
J1: 12. - 14. Lebensjahr

Für die Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1) erkennen wir die
Ziffer 25 GOÄ Neugeborenen-Erstuntersuchung unmittelbar nach Geburt
an.

Für die Kinder- und Jugendlichenuntersuchungen (U2 bis J1) erkennen wir die
Ziffer 26 GOÄ Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten
an.

Zusätzlich anerkannt werden im Rahmen der

U2:
Ziffer250a GOÄ Kapillarblutentnahme bei Kindern
Ziffer 1409 GOÄ Messung otoakustischer Emissionen (Hörtest)
Ziffer 3758 GOÄ Phenylalanin (Guthrie-Test)
Ziffer 3796 GOÄ Trypsin (Mukoviszidose-Screening)
Ziffer 4030 GOÄ Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)
Ziffer 4783 GOÄ Polymerasekettenreaktion (SCID-Screening)

U3:
Ziffer 413 GOÄ Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr

U7a:
Ziffer 1216 GOÄ Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus (Sehtest)

U8:
Ziffer 1216 GOÄ Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus (Sehtest)
Ziffer 1401 GOÄ Einfache Hörprüfung
Ziffer 3511 GOÄ Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung

U9:
Ziffer 1216 GOÄ Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus (Sehtest)

Zusätzlich kann nach der U1- und bis einschließlich zur U2-Kinderuntersuchung folgende Untersuchung durchgeführt werden:
Ziffer 1 GOÄ Beratung
Ziffer 614 GOÄ Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks

5. Schutzimpfungen
Im Rahmen der Schutzimpfungen für Erwachsene und Kinder werden die Kosten der Impfsera, Beratungs-, Untersuchungs- und Injektionsleistungen erstattet.

6. Zahnprophylaxe
Vorsorgeuntersuchung
Ziffer 0010 GOZ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes
Ziffer 1000 GOZ Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 1010 GOZ Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 1020 GOZ Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel
2x Ziffer 1030 GOZ Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger je Kiefer
Ziffer 4005 GOZ Erhebung Parodontalindex (PSI)

Ab dem 19ten Lebensjahr können folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Professionelle Zahnreinigung
Ziffer 0010 GOZ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes
Ziffer 1040 GOZ Professionelle Zahnreinigung

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel- und Verbandmittelerstattung
100 % Hilfsmittel
100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR
100 % Heilmittelerstattung
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante Kurleistungen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
100 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie

Stationäre Heilbehandlung
100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Vorsorgeuntersuchungen
1.4 Arznei- und Verbandmittel
1.5 Hilfsmittel
1.6 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.8 Ambulante Transportkosten
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
1.11 Häusliche Behandlungspflege
1.12 Ambulante Operationen
1.13 Ambulante Kurleistungen

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnprophylaxe
2.2 Zahnbehandlung
2.3 Kieferorthopädie
2.4 Zahnersatz
2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
2.6 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.4 Begleitperson bei Kindern
3.5 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Sonstiges
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
4.3 Entziehungsmaßnahmen
4.4 Kommunikationshilfeleistungen

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Information über die Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung
3 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20V/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 und R-EXKLUSIV-B mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen für die Leistungen gemäß Abschnitt B:

EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B (nicht als 20V)									
Tarifstufe	100	50	45	40	35	30	25	20V	20
Erstattungsprozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	20

EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B							
Tarifstufe	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 1 und B 2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3	50	45	40	35	30	25	20
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 3, B 4.1 und B 4.2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3 sowie stationär erbrachte Leistungen nach B 4.3	35	30	25	20	15	15	15

Berechnungsbeispiel:
Versichert: Tarifstufe EXKLUSIV-B 50

Eingereicht: Heilmittelrechnung über 250 EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.
Es gilt: 100 % von 250 EUR = 250 EUR,
davon 50 % = 125 EUR Erstattungsbetrag.

Wird die ambulante Operationspauschale gemäß Abschnitt B 1.12 beansprucht, dann werden von der Pauschale über 200 EUR aufgrund der Tarifstufe 50 % = 100 EUR zur Verfügung gestellt.

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

1 Ambulante Heilbehandlung

Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Diese Begrenzung entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

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

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen

Berücksichtigungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Teil II Abs. 6a, sofern die entsprechenden Rechnungen der Ärzte und die Rezepte für den Impfstoff zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

Berücksichtigungsfähig sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie z. B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer erstattet.

Untersuchungen gemäß Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Teil II Abs. 6a, sofern die im Anhang genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

1.4 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. auch homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Phytopharmaka.

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

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-B entsteht ein Anspruch auf Erstattung für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK). Der bedingungsgemäße Leistungsprozentsatz beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages der Aufwendungen bis zu 2.000 EUR insgesamt für beide Augen.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich dabei jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-B; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden für den Ablauf der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt.

Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauffolgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wäre.

1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
Erstattungsfähig sind die Kosten für Logopädie, Ergotherapie und Podologie sowie die nachstehend aufgeführten Heilmittel/Therapien:
Massagen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Kältetherapie und Wärmebehandlung.

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich der Wegegebühren werden bis zu den in § 23 Abs. 1 der geltenden Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträgen berücksichtigt.

Ferner sind erstattungsfähig die Kosten der Schwangeren für Schwangerschaftsgymnastik bzw. nach der Geburt für Rückbildungsgymnastik.

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

1.8 Ambulante Transportkosten
Berücksichtigungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage des Versicherers erforderlich.

1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt B 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

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

1.11 Häusliche Behandlungspflege
Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege bis zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

1.12 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, werden aus dem Tarif EXKLUSIV-B oder R-EXKLUSIV-B 200 EUR je Operation bzw. Eingriff zur Verfügung gestellt. Die Zahlung erfolgt zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1. Der Betrag vermindert sich in Abhängigkeit zur versicherten Tarifstufe (siehe Abschnitt A 3).

1.13 Ambulante Kurleistungen
Bei Aufenthalt in Kurorten sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren (Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen, die der Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung dienen) bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, sind die Kosten für ambulante Heilbehandlungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 und Heilmittel gemäß Abschnitt B 1.7 berücksichtigungsfähig.

Voraussetzung für die Erbringung der Leistungen ist die Vorlage einer Bescheinigung des Hausarztes über die medizinische Notwendigkeit der Kur und des Abschlussberichtes des Kurarztes.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Kurtaxe, Unterbringung, Verpflegung und Fahrtkosten.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnprophylaxe
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Berücksichtigungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6a Teil II, sofern die im Anhang „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen“ genannten Voraussetzungen erfüllt werden.

2.2 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.3 Kieferorthopädie
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

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

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.5 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.6 Heil- und Kostenplan
Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer.

3 Stationäre Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Heilbehandlung die nachfolgend gemäß Abschnitt B 3.1 und B 3.3 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze und Leistungen gemäß Abschnitt B 3.4 und B 3.5.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

3.2 Belegärzte, Beleghebammen und -entbindungspfleger
Berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 KHEntgG im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

3.3 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit

Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

3.4 Begleitperson bei Kindern
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV-B, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 40 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

3.5 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV-B, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von sechs Wochen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf maximal 80 EUR pro Tag.

Voraussetzungen sind:
– bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaß nahme befindlichen Person handelt es sich um die haushalts führende Person und
– die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambu lante Alternative und
– keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiter führen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Diese Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um
– ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
– eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
– eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinde rung besteht handelt.

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht erstattungsfähig.

4.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß Abschnitt B 3.1 erstattungsfähig. Ein Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt. Diese Regelungen gelten nicht für Entziehungsmaßnahmen aufgrund Nikotinsucht.

4.4 Kommunikationshilfeleistungen
Sofern es für die versicherte Person zur Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist, sind die Kosten einer fachlich ausgebildeten Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung erstattungsfähig. Dies sind z. B. ausgebildete Gebärdensprachdolmetscher, Schrift- oder Oraldolmetscher.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
a) Zeitpunktbezogene Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif EXKLUSIV-B, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV-B ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung angebotenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette (ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung inkl. Wahlleistungen) umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option
Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung gemäß Abschnitt C 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherren über den Laufbahnwechsel (Dienstherrenbescheid) in Kopie beizufügen.

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

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

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

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zum zweiten Optionstermin keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz nur mit dem gemäß Abschnitt C 1b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung aufgrund eines der gemäß Abschnitt C 1b) genannten Ereignisses erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1a) entsprechend verlängern.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

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

3 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)

Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen passt der Versicherer unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I das „Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen„“ mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse an. Diese Anpassung erfolgt spätestens zum 01.01. des nach Bekanntmachung der Änderung der Gesundheitsrichtlinien im Bundesanzeiger folgenden Jahres.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B

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

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-EXKLUSIV-B 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal 18 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-EXKLUSIV-B weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)EXKLUSIV-B-W, (R-)EXKLUSIV-B-E (1) oder (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

SGB IV: Sozialgesetzbuch -Viertes Buch
Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung

SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Gesetzliche Krankenversicherung

SGB VI: Sozialgesetzbuch -Sechstes Buch
Gesetzliche Rentenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch Elftes Buch
Gesetzliche Pflegeversicherung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife EXKLUSIV-B und R-EXKLUSIV-B

In Klammern finden Sie die jeweilige Fundstelle innerhalb der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III. Bitte beachten Sie, dass die folgende Aufzählung nicht vollständig und allumfassend ist, nur als Orientierungshilfe dient und die Lektüre des Bedingungstextes nicht ersetzen kann.

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.12)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei-und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B
Begleitperson (B 3.4 und B 3.5)
Behandlungspflege (B 1.11)
Belegärzte, Beleghebammen und -enbindungspfleger (B 3.2)
Bestattungskosten (B 4.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.5)

C/D/E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Ergotherapie (B 1.7)

F
Fahrtkosten (B 3.3)

G
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.11)
Haushaltspflegekraft (B 3.4)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kommunikationshilfeleistungen (B 4.4)
Kontaktlinsen (B 1.5)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankentransportkosten (B 3.3)
Kurleistungen (B 1.13)

L
Laseroperation/LASIK (B 1.5)
Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N
Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.9)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Sanatorium (B 1.13)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.5)
Sehschärfenkorrektur (B 1.5)
Sehstärke (B 1.5)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 4.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wartezeiten (A 2)

Z
Zahnbehandlung (B 2.2)
Zahnersatz (B 2.4)
Zahnprophylaxe (B 2.1)

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EXKLUSIV-B-W, R-EXKLUSIV-B-W – Krankheitskostentarife für stationäre Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Stationäre Heilbehandlung
100 % Wahlärztliche Behandlung
100 % Ein- oder Zweibettzimmer
30 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf wahlärztliche Behandlung
20 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Stationäre ärztliche Leistungen
2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
3 Krankenhaustagegeld

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Alterungsrückstellung
3 Gesundheitsprüfung
4 Frist zur Ausübung der Option
5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/25/20V/20/15 und R-EXKLUSIV-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/25/20/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altergrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-W, R-EXKLUSIV-B-W (nicht als 20V)								
Tarifstufe	100	50	35	30	25	20	20V	15
Erstattungsprozentsatz	100	50	35	30	25	20	20	15

Wird Krankenhaustagegeld gemäß Abschnitt B 3 beansprucht, dann werden die genannten Beträge in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 50
50 % von 30 EUR = 15 EUR

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

1 Stationäre ärztliche Leistungen
Berücksichtigungsfähig sind zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V, die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind ebenfalls berücksichtigungsfähig.

2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
Berücksichtigungsfähig zu 100 % sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

3 Krankenhaustagegeld
Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR. Wird keine Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR. Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert und hat den Tarif EXKLUSIV-B-W allein versichert als teilweise beihilfeberechtigter (berücksichtigungsfähiger) Ehegatte oder Kind oder ist sie heilfürsorgeberechtigt, so hat die versicherte Person bei Entfall der Versicherungspflicht oder der Heilfürsorge das Recht, ohne Gesundheitsprüfung den Versicherungsschutz bedarfsgerecht um die Tarife EXKLUSIV-B und EXKLUSIV-B-E(1) oder EXKLUSIV-B-ES zu erweitern.

Sofern für die versicherte Person die Versicherungspflicht entfällt und auch kein Heilfürsorge- oder Beihilfeanspruch besteht, hat sie das Recht, ohne Gesundheitsprüfung bedarfsgerecht in die Tarife EXKLUSIV oder EXKLUSIV-PLUS der Produktlinie privat Unisex des Versicherers umzustellen.

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

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

4 Frist zur Ausübung der Option
Soweit eine Umstellung aufgrund eines der in Abschnitt C 1 genannten Ereignisse erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts
Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

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

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-W

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-W noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-W fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-EXKLUSIV-B-W 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal 18 Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 39. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-EXKLUSIV-B-W weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-W darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B und (R-)EXKLUSIV-B-E bzw. (R-)EXKLUSIV-BE1 und (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. sowie eine gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorgeberechtigung bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen privaten Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden. In Bezug auf die Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gilt diese Einschränkung nicht für in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und Heilfürsorgeberechtigte.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EXKLUSIV-B-ES, R-EXKLUSIV-B-ES – Ergänzungstarife für stationäre Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Stationäre Behandlung
100 % Wahlärztliche Leistungen
100 % Ein- oder Zweibettzimmer

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Stationäre ärztliche Leistungen
2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
3 Krankenhaustagegeld

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-ES mit den Tarifstufen 85/80/75/70/65/50/30 und R-EXKLUSIV-B-ES mit den Tarifstufen 85/80/75/70/65/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie Beihilfeansprüche nach einer Beihilfevorschrift bzw. -verordnung besitzen und bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nach den Tarifen EXKLUSIV-B oder EXKLUSIV-B-W versichert sind.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für stationäre Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für stationäre Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-ES, R-EXKLUSIV-B-ES							
Tarifstufe	85	80	75	70	65	50	30
Erstattungs-prozentsatz	85	80	75	70	65	50	30

Wird Krankenhaustagegeld gemäß Abschnitt B 3 beansprucht, dann werden die genannten Beträge in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-ES 70
70 % von 20 EUR = 14 EUR

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

1 Stationäre ärztliche Leistungen
Berücksichtigungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte gemäß § 18 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Soweit Beihilfevorschriften eine Selbstbeteiligung vorsehen, gehört diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
Berücksichtigungsfähig zu 100 % sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des KHEntgG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

3 Krankenhaustagegeld
Bei stationärer Krankenhausbehandlung sowie bei stationärer Entbindung erhält die versicherte Person pro Tag ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-ES

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-ES noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-ES fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal 18 Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-EXKLUSIVB-W) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von „100“ weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-ES darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W und (R-)EXKLUSIV-B-E bzw. (R-)EXKLUSIV-B-E1 der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. sowie eine gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorgeberechtigung bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden. In Bezug auf die Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gilt diese Einschränkung nicht für in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und Heilfürsorgeberechtigte.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EXKLUSIV-B-E, R-EXKLUSIV-B-E – Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Hilfsmittelrestkosten
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
100 % Zahnersatz

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Hilfsmittel
1.3 Behandlung durch Heilpraktiker
1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
1.5 Kurtagegeld

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnbehandlung
2.2 Zahnersatz und zahntechnische Leistungen
2.3 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 und R-EXKLUSIV-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie Beihilfeansprüche nach einer Beihilfevorschrift bzw. -verordnung besitzen.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-E, R-EXKLUSIV-B-E				
Tarifstufe	80	70	50	30
Erstattungsprozentsatz	80	70	50	30

Wird das Kurtagegeld gemäß Abschnitt B 1.5 beansprucht, dann wird der genannte Betrag in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-E 50
50 % von 20 EUR = 10 EUR

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

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

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge. Wurde eine brechkraftverändernde Augenoperation (LASIK/ LASEK) durchgeführt und der Zuschuss für die Operation aus dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren auch aus diesem Tarif kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wäre.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 Kurtagegeld
Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren (Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen, die der Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung dienen) bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistungen für Unterkunfts- und Verpflegungskosten gewährt werden.

2 Zahnärztliche Behandlung

Berücksichtigt werden im Rahmen der ambulanten zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 und B 2.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnbehandlung

Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

2.2 Zahnersatz und zahntechnische Leistungen

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr

Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.3 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

3 Heilbehandlung im Ausland

Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif EXKLUSIV-B-E zusammen mit dem Tarif EXKLUSIV-B versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus dem Tarif EXKLUSIV-B, es sei denn die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus EXKLUSIV-B.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-E

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-E noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-E fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal 18 Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-EXKLUSIV-B) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von „100“ weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W und (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EXKLUSIV-B-E1, R-EXKLUSIV-B-E1 – Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

Produktlinie Beihilfe Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Hilfsmittelrestkosten
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
100 % Zahnersatz

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III ab Seite 2.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Hilfsmittel
1.3 Behandlung durch Heilpraktiker
1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
1.5 Kurtagegeld

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnbehandlung
2.2 Zahnersatz und zahntechnische Leistungen
2.3 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 und R-EXKLUSIV-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, deren Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten von mindestens 50 Prozent vorsieht. Entfällt die Versicherungsfähigkeit (Änderung der Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten auf weniger als 50 Prozent), so ist, auch bei verspäteter Anzeige, ab dem Zeitpunkt des Fortfalls der Versicherungsfähigkeit eine Umstellung in den Tarif EXKLUSIV-B-E vorzunehmen. Die erworbenen Rechte bleiben dabei erhalten.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als „100“ betragen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-E1, R-EXKLUSIV-B-E1								
Tarifstufe	80	75	70	65	60	55	50	30
Erstattungs-prozentsatz	80	75	70	65	60	55	50	30

Wird das Kurtagegeld gemäß Abschnitt B 1.5 beansprucht, dann wird der genannte Betrag in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-E1 50
50 % von 20 EUR = 10 EUR

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

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

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für die Kosten (Kauf und/oder Reparatur) von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge. Wurde eine brechkraftverändernde Augenoperation (LASIK/ LASEK) durchgeführt und der Zuschuss für die Operation aus dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren auch aus diesem Tarif kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage des Versicherers berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wäre.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr.

Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 Kurtagegeld
Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren (Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen, die der Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung dienen) bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistungen für Unterkunfts- und Verpflegungskosten gewährt werden.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der ambulanten zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 und B 2.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Bei gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung wird als maximal berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag der Betrag, welcher der mittleren Preislage entspricht, zugrunde gelegt. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

Der Nachweis der zahnärztlichen Kontrolluntersuchung bzw. einer vollständig abgeschlossenen Gebisssanierung ist durch die Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

2.3 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ
Wird eine von der geltenden GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %. Hierzu gehören:
- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif EXKLUSIV-B-E1 zusammen mit dem Tarif EXKLUSIV-B versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus dem Tarif EXKLUSIV-B, es sei denn die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus EXKLUSIV-B.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer -auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle -den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-E1

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-E1 noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Fortführung der Versicherung

Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-E1 fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit

Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal 18 Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-EXKLUSIV-B) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von „100“ weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung

Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E1 darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W und (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zu den Krankheitskostentarifen (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W, (R-)EXKLUSIV-B-E(1), (R-)EXKLUSIV-B-ES

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

1. Wie werden Leistungen nach dem Beihilfetarif (R-)EXKLUSIV-B erstattet?
Die nachfolgend beschriebenen Leistungen werden in der jeweils versicherten Tarifstufe zum entsprechenden Prozentsatz erstattet. Die numerische Bezeichnung des Tarifs entspricht dabei dem versicherten Erstattungsprozentsatz nach folgenden Beispielen:

Tarifstufe	Erstattung
(R-)EXKLUSIV-B 100	100 %
(R-)EXKLUSIV-B 30	30 %
(R-)EXKLUSIV-B 50/35	ambulant 50 %
	stationär 35 %
(R-)EXKLUSIV-B-E 70	70 %

2. Welche Leistungen erhalte ich beim Arzt?
Sie erhalten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Leistung der Hebamme und des Entbindungspflegers. Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers werden, wenn sie im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen, auch dann erstattet, wenn diese nicht in einem direkten Zusammenhang mit der ärztlichen Leistung erbracht werden.

3. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) 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 grundsätzlich nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

Wird eine von der geltenden GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Begrenzung auf Höchstsätze der GOÄ entfällt, wenn es sich um eine akute Behandlung im Ausland handelt.

4. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arznei- und Verbandmittel?
Sie erhalten 100 % der erstattungsfähigen Kosten und zwar unabhängig davon, ob die Erstbehandlung durch den Hausarzt erfolgt ist oder Generika (= alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) verordnet wurden.

5. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden im Rahmen der Vorsorgeprogramme bezahlt?
Der Tarif (R-)EXKLUSIV-B leistet neben den Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen sowie der Kinder- und Jugendlichenvorsorge unter anderem auch für Untersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuntersuchungs-Richtlinie" den Gesundheits-check-up sowie gemäß der "Krebsfrüherkennungs-Richtlinie" bei Frauen für Krebsvorsorge in den Bereichen Genital, Brust, Haut, Rektum, Dickdarm und bei Männern in den Bereichen Prostata, Genital, Haut, Rektum und Dickdarm.

Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer, werden auch Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren erstattet.

Konkrete Informationen hierzu - auch hinsichtlich der Neutralität zur Beitragsrückerstattung - entnehmen Sie bitte dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und finden Sie unter www.g-ba.de.

6. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.
Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E(1) versichert, dann werden die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen und nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff erstattet.

7. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe beträgt die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres 2.000 EUR (bei (R-)EXKLUSIV-B 100). Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E oder (R-)EXKLUSIV-B-E1 versichert, dann sind zusätzlich nach Vorleistung der Beihilfe verbleibende Aufwendungen nach Maßgabe des vorherigen Absatzes berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistung des Versicherers und der Beihilfe ergeben maximal den o.g. Betrag für Heilpraktikerleistungen von 2.000 EUR.

8. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?
Pro Kalenderjahr sind bis zu 50 Sitzungen für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Ab der 31. Sitzung ist eine schriftliche Zusage durch uns erforderlich. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe einen Betrag von bis zu 300 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 600 EUR. Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge. Alternativ erstattungsfähig sind nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung die Kosten einer brechkraftverändernden Augenlaserkorrektur (LASIK/LASEK) bis zu 2.000 EUR zusammen für beide Augen. Wird diese Operation durchgeführt, besteht im Operationsjahr und in den fünf darauffolgenden Jahren kein Anspruch mehr auf Kostenerstattung für eine Brille oder Kontaktlinsen.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR oder wird ein weniger als 1.000 EUR kostendes Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?
Erstattet werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

12. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, egal ob Sie ein Originalpräparat oder ein Generikum (=alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) kaufen.

Für Informationen und Preise von Arzneimitteln (Originalpräparate und Generika) steht Ihnen im Internet auf der Seite www.derprivatpatient.de eine umfangreiche Arzneimittel-Datenbank zur Verfügung.

13. Welche zahnärztlichen Leistungen erhalte ich?
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. der GOÄ Leistungen für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Ein Leistungsanspruch für Kieferorthopädie besteht, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

14. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und professionelle Zahnreinigung?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahn-prophylaxe nach den Nummern 1000-1030 GOZ. Zur Zahnprophylaxe gehört:

- Die Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung,
- die lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz,
- die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger.

Ebenso werden zweimal pro Kalenderjahr die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung gemäß Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der GOZ erstattet.

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr der Versicherung bleibt die Erstattung bei 100 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 80 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E(1) versichert, dann sind zusätzlich die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen für Zahnarzthonorar und zahntechnischen Laborkosten nach den Zahnhöchstsätzen berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistungen des Versicherers und der Beihilfe ergeben maximal den Gesamtbetrag der erstattungsfähigen Honorar und zahntechnischen Laborkosten.

16. Werden auch Implantate erstattet?
Ja, Implantate sind als Zahnersatz erstattungsfähig.

17. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

18. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Nein, die zahnärztlichen Leistungen sind nicht auf Höchstsätze begrenzt.

19. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Nein, aber sollten die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 2.500 EUR übersteigen, raten wir dazu uns einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung einzureichen. So können wir Ihnen die erstattungsfähigen Kosten der geplanten Behandlung genau beziffern.

20. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer sowie eine Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim. Ist der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-W zusätzlich versichert, werden die Kosten nach der geltenden GOÄ für Chefarztbehandlung und für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer zu 100 % erstattet. Wird für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes die Chefarztbehandlung nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt. Wird das Ein- oder Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt. Sollte sich Ihre Beihilfe nicht an den Kosten einer Unterbringung im Einbettzimmer oder nicht in voller Höhe an den Kosten der Chefarztbehandlung beteiligen, erstatten wir Ihnen, sofern der Tarif (R-) EXKLUSIV-B-ES versichert ist, aus diesem die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten.

21. Welche Leistungen erhalte ich im Ausland?
Ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen sind berücksichtigungsfähig. Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E oder (R-)EXKLUSIV-B-E1 versichert, werden für akut eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt zu 100 % Leistungen erbracht. Auch der medizinisch notwendige, ärztlich angeordnete Krankentransport aus dem Ausland und die Kosten für Überführung/Bestattung im Ausland sind zu 100 % erstattungsfähig.

22. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für den Tarif (R-)EXKLUSIV-B besteht kein absoluter Selbstbehalt.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung

A Abschluss der Anwartschaftsversicherung

(1) Voraussetzung und Dauer
Eine Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden für die Dauer

a) des Anspruchs auf freie Heilfürsorge,
b) der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht,
c) des Anspruchs auf Familienhilfe bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
d) eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes,
e) der Mutterschutzfristen und der Elternzeit, soweit es die Krankentagegeldversicherung betrifft,
f) der Berufsunfähigkeit bzw. des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente sowie der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, soweit es die Krankentagegeldversicherung betrifft,
g) einer wirtschaftlichen Notlage, soweit die Krankheitskostenversicherung nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung gemäß § 193 Abs. 3 VVG dient; eine Anwartschaftsversicherung nach Buchstabe g) kann nur für eine im Voraus begrenzte Dauer vereinbart werden (befristete Anwartschaftsversicherung).

Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben die Versicherungsnehmer und die versicherte Person das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

(2) Versicherungsbedingungen
Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des in Anwartschaft stehenden Tarifes, soweit sie nicht durch die folgenden Bedingungen abgeändert sind.

B Vertragsinhalt und Beendigung der Anwartschaftsversicherung

(1) Leistung während der Vertragsdauer
Während der Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

(2) Anrechnung auf Wartezeiten
Die Dauer der Anwartschaftsversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet. Entsprechendes gilt, wenn der Tarif Leistungshöchstsätze in Abhängigkeit von der Versicherungsdauer vorsieht.

(3) Fortfall der Anwartschaftsvoraussetzungen
Wenn die Voraussetzungen für die Anwartschaftsversicherung fortfallen, gilt Folgendes:

a) Bei einer zeitlich nicht befristeten Anwartschaftsversicherung tritt die Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung zum 1. des Monats voll in Kraft, in dem der Grund, aus dem die Anwartschaftsversicherung beantragt wurde, entfällt. Den Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten mitzuteilen und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. Wird die Frist nicht eingehalten, so erlischt die Versicherung zum Ende des Monats, in dem der Versicherer Kenntnis vom Wegfall der Voraussetzung zur Anwartschaftsversicherung erhielt, es sei denn, es wird ein erneuter Antrag gestellt. In diesem Falle kann das Inkrafttreten der Versicherung von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.
b) Bei einer befristeten Anwartschaftsversicherung tritt die Versicherung unmittelbar anschließend ohne erneute Gesundheitsprüfung voll in Kraft.

(4) Beitragszahlung
Die für die Anwartschaftsversicherung gezahlten Beiträge werden nicht zurückgezahlt, auch dann nicht, wenn der in Anwartschaft stehende Versicherungsschutz nicht in Kraft treten soll.

(5) Anspruch auf Beitragsrückerstattung
Für Kalenderjahre, in denen eine Anwartschaftsversicherung ganz oder teilweise bestanden hat, ist ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht gegeben.

(6) Tarifwechsel
Sollte der in Anwartschaft stehende Tarif in einen anderen überführt, geändert oder anders bezeichnet werden, so sind diese Maßnahmen auch für die Anwartschaftsversicherung wirksam.

(7) Kündigung der Anwartschaftsversicherung
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. 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 der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich.

C Grundsätze für die Beitragsfestsetzung

(1) Beitragsberechnung
Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung ist das Produkt aus dem jeweils gültigen Prozentsatz und dem jeweils gültigen Bezugsbeitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifes.

Die Bemessung des in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Prozentsatzes richtet sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter, für bestehende Versicherungsverhältnisse nach dem bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

Bezugsbeitrag ist der Tarifbeitrag zum jeweiligen Eintrittsalter, für bestehende Versicherungsverhältnisse der Beitrag zum bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

(2) Beitragsfestlegung
Nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung ist bei der kleinen Anwartschaftsversicherung der dann gültige Tarifbeitrag zum dann erreichten Alter zu entrichten abzüglich ggf. vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Versicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung; bei der großen Anwartschaftsversicherung wird von diesem Zeitpunkt an für die Beitragsberechnung das bisher gültige Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen) zugrunde gelegt.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ring-Schutz-Tarife für Beihilfeberechtigte Krankheitskostenversicherung Tarif BK

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, für die aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften ein Anspruch auf Beihilfe mit personengebundenem Beihilfebemessungssatz besteht. Der Erstattungsprozentsatz darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen.

Die Versicherung nach Tarifstufe BKX 20 endet mit Ablauf des Monats, in dem das Dienstverhältnis der beihilfeberechtigten Person endet, spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die gesetzliche Regelaltersgrenze nach § 35 Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI] (siehe Anhang) erreicht wird. Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe BKX 20 wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich erklärt.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Tarifstufe	Kostenersatz	
BK 70	70 %	der erstattungsfähigen Kosten
BK 50	50 %	
BK 30	30 %	
BK 20	20 %	
BKX 20	20 %	

Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind die für die versicherte Person beihilfefähigen Kosten für

1 Ambulante Heilbehandlung, gezielte Vorsorgeuntersuchung gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt

a) durch Ärzte und Heilpraktiker sowie Geburtshilfe. Bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich.
b) Schutzimpfungen
c) Arzneien und Verbandmittel
(Nicht erstattungsfähig sind: Hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Reiseprophylaxe.)
d) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Kältetherapie, Elektro- und Lichttherapie, Manuelle Therapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie.
Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
e) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
f) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur): Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen, Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert).
Brillen (hierzu gehören nicht: Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) sind nur erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.
g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung: Kosten gemäß a), c) und d)
h) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen und Fahrten zur und von einer Dialysebehandlung, Chemo- oder Strahlentherapie, die Sachkosten für Heimdialyse, die Kosten für ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen sowie häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung,
z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Arzneimittel, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne
b) Zahnersatz,
z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen und Reparaturen von Zahnersatz.
Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen. Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.
c) Kieferorthopädie
d) Zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR))

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie mit einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von über 4.000 EUR ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des behandelnden Arztes oder (Fach-)Zahnarztes mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn werden die über 4.000 EUR hinausgehenden Aufwendungen nur zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

3 Stationäre Krankenhausbehandlung (ohne Wahlleistungen)

a) allgemeine Krankenhausleistungen nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).
Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären. Zusätzliche Kosten für Unterkunft, ärztliche Leistungen und Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.
b) Belegarzt
gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer bei der Behandlung in Krankenhäusern, die den gesetzlichen Bestimmungen der BPflV bzw. dem KHEntgG unterliegen
c) Krankentransport
medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen)

Krankenhaustagegeld anstelle Kostenersatz
Wird keine der vorstehend unter Ziffer 3 genannten Leistungen in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer Krankenhaustagegeld:

Tarifstufe	je Tag des Krankenhausaufenthalts
BK 70	77 EUR
BK 50	55 EUR
BK 30	33 EUR
BK 20	22 EUR
BKX 20	22 EUR

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

III. Anpassung des Versicherungsschutzes

(1) Erhöht sich der Beihilfebemessungssatz, so hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach der Erhöhung anzuzeigen. Zum Beginn des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt, verringert sich der Versicherungsschutz entsprechend.

Erlangt der Versicherer von einer Erhöhung später als nach sechs Monaten Kenntnis, ändert er den Versicherungsschutz auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles in gleicher Weise zum Beginn des nächstfolgenden Monats nach Kenntnis.

(2) Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt er, so erhöht der Versicherer den Versicherungsschutz entsprechend im Rahmen der bestehenden Tarife, wenn der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten nach Verminderung oder Wegfall des Beihilfebemessungssatzes beantragt. Bei fristgerechtem Antrag wird der Versicherungsschutz auch für laufende Versicherungsfälle zum 1. des Monats erhöht, in dem der Antrag beim Versicherer eingegangen ist. Diese Erhöhung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, soweit im Rahmen der bereits versicherten Tarife Versicherungsschutz besteht.

Die Gründe für die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfebemessungssatzes sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ring-Schutz-Tarife für Beihilfeberechtigte Krankheitskostenversicherung (Wahlleistungen) Tarif BS

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, für die aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften ein Anspruch auf Beihilfe mit personengebundenem Beihilfebemessungssatz besteht. Der Erstattungsprozentsatz darf zusammen mit dem Beihilfebemessungssatz 100 % nicht übersteigen.

Die Versicherung nach Tarifstufe BSX 20 endet mit Ablauf des Monats, in dem das Dienstverhältnis der beihilfeberechtigten Person endet, spätestens mit Ablauf des Monats, in dem die gesetzliche Regelaltersgrenze nach § 35 Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung [SGB VI] (siehe Anhang) erreicht wird. Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe BSX 20 wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich erklärt.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Tarifstufe	Kostenersatz	
BS 70	70 %	der erstattungsfähigen Kosten
BS 50	50 %	
BS 30	30 %	
BS 20	20 %	
BSX 20	20 %	

1 Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die Kosten für

a) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer
b) die gesondert berechenbaren beihilfefähigen Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe
c) die gesondert berechenbaren beihilfefähigen Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

2 Regelungen für Sonderfälle

Berechnung einer anderen Unterkunft

a) Wurde der Zuschlag für ein Einbettzimmer berechnet, so wird der Erstattung des Versicherers der Zuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses zugrunde gelegt.
b) Wurde kein Zuschlag berechnet, zahlt der Versicherer Krankenhaustagegeld:

Tarifstufe	je Tag des Krankenhausaufenthalts
BS 70	17,50 EUR
BS 50	12,50 EUR
BS 30	7,50 EUR
BS 20	5,00 EUR
BSX 20	5,00 EUR

Keine wahlärztliche Behandlung gemäß Ziffer 1b)

c) Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer Krankenhaustagegeld:

Tarifstufe	je Tag des Krankenhausaufenthalts
BS 70	21,00 EUR
BS 50	15,00 EUR
BS 30	9,00 EUR
BS 20	6,00 EUR
BSX 20	6,00 EUR

Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß Ziffer 1c)

d) Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:

Vorstationäre Behandlung:

Tarifstufe	
BS 70	42,00 EUR
BS 50	30,00 EUR
BS 30	18,00 EUR
BS 20	12,00 EUR
BSX 20	12,00 EUR

Nachstationäre Behandlung:

Tarifstufe	
BS 70	42,00 EUR
BS 50	30,00 EUR
BS 30	18,00 EUR
BS 20	12,00 EUR
BSX 20	12,00 EUR

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Wird der Zuschlag für Unterkunft nicht getrennt von den allgemeinen Krankenhausleistungen berechnet, so gilt als Zuschlag die Differenz zwischen dem Pflegesatz für ein Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) bzw. Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) und dem Pflegesatz für die kostengünstigste Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) des aufgesuchten Krankenhauses.

3 Sonstige erstattungsfähige Kosten

Bei Krankenhausaufenthalt eines nach einer der Tarifstufen BS versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 36 EUR täglich. Die Höhe der Leistung ergibt sich aus dem tariflichen Erstattungsprozentsatz bezogen auf 36 EUR, z. B. für Tarifstufe BS 30: 30 % von 36 EUR = 10,80 EUR. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

III. Anpassung des Versicherungsschutzes

(1) Erhöht sich der Beihilfebemessungssatz, so hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach der Erhöhung anzuzeigen. Zum Beginn des Monats, in dem die Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes eintritt, verringert sich der Versicherungsschutz entsprechend.

Erlangt der Versicherer von einer Erhöhung später als nach sechs Monaten Kenntnis, ändert er den Versicherungsschutz auch nach Eintritt eines Versicherungsfalles in gleicher Weise zum Beginn des nächstfolgenden Monats nach Kenntnis.

(2) Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt er, so erhöht der Versicherer den Versicherungsschutz entsprechend im Rahmen der bestehenden Tarife, wenn der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten nach Verminderung oder Wegfall des Beihilfebemessungssatzes beantragt. Bei fristgerechtem Antrag wird der Versicherungsschutz auch für laufende Versicherungsfälle zum 1. des Monats erhöht, in dem der Antrag beim Versicherer eingegangen ist. Diese Erhöhung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, soweit im Rahmen der bereits versicherten Tarife Versicherungsschutz besteht.

Die Gründe für die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfebemessungssatzes sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ring-Schutz-Tarife für Beihilfeberechtigte Krankheitskostenversicherung (Wahlleistungen) Tarifstufe BS 100

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, für die aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften ein Anspruch auf Beihilfe mit personengebundenem Beihilfebemessungssatz - ohne Anspruch auf stationäre Wahlleistungen - besteht.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Tarifstufe	Kostenersatz
BS 100	100 % der erstattungsfähigen Kosten

1 Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die Kosten für

a) den gesondert berechenbaren Zuschlag für Unterkunft im Zweibettzimmer
b) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte liegen und nach deren Grundsätzen bemessen sind
c) die gesondert berechenbaren Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte liegen und nach deren Grundsätzen bemessen sind. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

2 Regelungen für Sonderfälle

Berechnung einer anderen Unterkunft

a) Wurde der Zuschlag für ein Einbettzimmer berechnet, so wird der Erstattung des Versicherers der Zuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses zugrunde gelegt.
b) Wurde kein Zuschlag berechnet, zahlt der Versicherer je Tag des Krankenhausaufenthaltes 25 EUR.

Keine wahlärztliche Behandlung gemäß Ziffer 1b)

c) Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer je Tag des Krankenhausaufenthaltes 30 EUR.

Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß Ziffer 1c)

d) Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
   – Vorstationäre Behandlung 60 EUR
   – Nachstationäre Behandlung 60 EUR

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Wird der Zuschlag für Unterkunft nicht getrennt von den allgemeinen Krankenhausleistungen berechnet, so gilt als Zuschlag die Differenz zwischen dem Pflegesatz für ein Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) bzw. Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) und dem Pflegesatz für die kostengünstigste Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) des aufgesuchten Krankenhauses.

3 Sonstige erstattungsfähige Kosten

Bei Krankenhausaufenthalt eines nach einer der Tarifstufen BS versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 36 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife BK und BS: Sonderbedingungen

für Beamte in der Ausbildung sowie für Schüler, Studenten und Personen in einer Berufsausbildung ab Vollendung des 21. Lebensjahres

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Versicherungsfähig sind
- Beamte in der Ausbildung sowie ihre Ehegatten, sofern diese kein steuerpflichtiges Einkommen erzielen, und ihre Kinder,
- ab Vollendung des 21. Lebensjahres: Schüler, Studenten und Personen in einer Berufsausbildung, für die Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall besteht.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16., 21., 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung, die Schulzeit bzw. das Studium endet.
2. mit Ablauf des 6. Monats einer Unterbrechung der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums.

Die Sonderbedingungen entfallen bereits früher als nach Ziffer 1 oder 2
- mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 35. Lebensjahr vollendet,
- hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Monats, von dem an er steuerpflichtiges Einkommen erzielt.

Vom Ersten des auf den Fortfall folgenden Monats an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für die versicherten Tarifstufen. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag für die betreffenden Tarifstufen nach dem dann erreichten Eintrittsalter - ab Vollendung des 21. Lebensjahres sowohl zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags gemäß § 149 VAG als auch zuzüglich des Beitrags für den gesetzlichen Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge - zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung oder eine Unterbrechung der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums der versicherten Person von mehr als sechs Monaten unverzüglich anzuzeigen, desgleichen das Erzielen steuerpflichtigen Einkommens durch den Ehegatten.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife BK und BS: Sonderbedingungen

für Beamtenanwärter

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Versicherungsfähig sind
– Beamtenanwärter mit einem Beihilfeträger, der sich an den Beihilfevorschriften des Bundes bzw. der Länder Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen orientiert sowie
– ihre Ehegatten und Kinder, sofern diese kein steuerpflichtiges Einkommen erzielen.

Neben dem zu diesen Sonderbedingungen versicherten Tarif BK dürfen die Ergänzungstarife BE oder BKE nicht bestehen.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 16., 21., 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung endet.
2. mit Ablauf des 6. Monats einer Unterbrechung der Ausbildung.

Die Sonderbedingungen entfallen bereits früher als nach Ziffer 1 oder 2
– wenn sich der Beihilfeträger an anderen als den oben aufgeführten Beihilfevorschriften orientiert,
– mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 35. Lebensjahr vollendet,
– hinsichtlich des Ehegatten/der Kinder darüber hinaus mit Ablauf des Monats, von dem an er/sie steuerpflichtiges Einkommen erzielt/erzielen.

Vom Ersten des auf den Fortfall folgenden Monats an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für die versicherten Tarifstufen. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag für die betreffenden Tarifstufen nach dem dann erreichten Eintrittsalter - ab Vollendung des 21. Lebensjahres sowohl zuzüglich des gesetzlichen Zuschlags gemäß § 149 VAG als auch zuzüglich des Beitrags für den gesetzlichen Übertragungswert gemäß § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge - zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung oder eine Unterbrechung der Ausbildung der versicherten Person von mehr als sechs Monaten unverzüglich anzuzeigen, desgleichen das Erzielen steuerpflichtigen Einkommens durch den Ehegatten/die Kinder.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ring-Schutz-Tarife für Beihilfeberechtigte Krankheitskostenversicherung Ergänzungstarif BE

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, wenn und solange sie bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nach einer Kombination der Tarife BK und BS in der Weise versichert sind, dass der Erstattungsprozentsatz dieser Kombination und der Beihilfebemessungssatz zusammen 100 % ergeben. Bei Fortfall dieser Voraussetzung endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif BE.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Der Versicherer erstattet die Kosten, die bei Anrechnung der Leistungen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und der Versicherungsleistungen nach den Tarifen BK und BS verbleiben*), und zwar für

1 Ambulante Heilbehandlung, gezielte Vorsorgeuntersuchung gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt

a) durch Ärzte und Heilpraktiker sowie Geburtshilfe. Bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich. Leistungen von Heilpraktikern bis zum jeweiligen Höchstbetrag nach dem jeweils geltenden Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).
b) Schutzimpfungen
c) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Kältetherapie, Elektro- und Lichttherapie, Manuelle Therapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie.
Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
d) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers.
Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
e) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur): Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen (erstattungsfähig bis zu 125 EUR Rechnungsbetrag), Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert).
Brillen (hierzu gehören nicht: Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) sind nur erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.
f) Kur- und Sanatoriumsbehandlung: Kosten gemäß a) und c)
g) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen sowie häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

a)	Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne)	100 %
b)	Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen und Reparaturen von Zahnersatz) Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen. Keramikverblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.	60 %
c)	Kieferorthopädie	60 %
d)	Zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR))	100 %

*) Soweit Beihilfevorschriften eine Selbstbeteiligung sowie Abzugsbeträge vorsehen oder Kürzungen aufgrund der Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplans erfolgen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Kosten.

Die Erstattung nach Tarif BE wird für a) bis d) zusammen begrenzt auf

3.300 EUR im ersten Versicherungsjahr,
4.950 EUR im zweiten Versicherungsjahr,
6.600 EUR im dritten Versicherungsjahr,
8.250 EUR ab viertem Versicherungsjahr.

Bei unfallbedingten Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren gilt der Höchstsatz für das vierte Versicherungsjahr.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.

3 Stationäre Krankenhausbehandlung

Allgemeine Krankenhausleistungen
nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären. Zusätzliche Kosten für Unterkunft, ärztliche Leistungen und Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

Belegarzt
gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer bei der Behandlung in Krankenhäusern, die den gesetzlichen Bestimmungen der BPflV bzw. dem KHEntgG unterliegen

Krankentransport
medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen)

Gesondert berechenbare Wahlleistungen
a) Differenz zwischen den Unterkunftszuschlägen für das Einbett- und das Zweibettzimmer
b) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe
c) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.

Krankenhaustagegeld anstelle Kostenersatz
Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Einbettzimmer berechnet, zahlt der Versicherer je Tag des Krankenhausaufenthaltes 18 EUR.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Sonstige Stationärleistungen
Bei Krankenhausaufenthalt eines nach Tarif BE versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

Erstattungsfähig sind darüber hinaus die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

4 Rücktransport aus dem Ausland

Mehraufwendungen durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus: in voller Höhe.

Bei einem Ambulanzflug
a) durch Vermittlung von Vertragspartnern des Versicherers: in voller Höhe,
b) sonst: bis zu der Höhe, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner entstanden wäre.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ring-Schutz-Tarife für Beihilfeberechtigte Krankheitskostenversicherung Ergänzungstarif BKE

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, wenn und solange sie bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nach Tarif BK in der Weise versichert sind, dass der Erstattungsprozentsatz dieses Tarifs und der Beihilfebemessungssatz zusammen 100 % ergeben. Bei Fortfall dieser Voraussetzung endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKE.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Über den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ liegende Kosten werden gemäß den geltenden Bestimmungen der GOÄ/GOZ erstattet.

Im Ausland entstandene Heilbehandlungskosten sind erstattungsfähig, soweit sie den ortsüblichen Sätzen entsprechen. Insoweit finden hier deutsche Gebührenordnungen keine Anwendung.

Der Versicherer erstattet die Kosten, die bei Anrechnung der Leistungen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften und der Versicherungsleistungen nach Tarif BK verbleiben[*], und zwar für

1 Ambulante Heilbehandlung, gezielte Vorsorgeuntersuchung gemäß § 1 Abs. 2b MB/KK 2009 i. V. m. Tarifbedingung Nr. 1, Entbindung und Fehlgeburt

a) durch Ärzte und Heilpraktiker sowie Geburtshilfe. Bei psychotherapeutischer Behandlung bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr; ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer erforderlich. Leistungen von Heilpraktikern bis zum jeweiligen Höchstbetrag nach dem jeweils geltenden Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).
b) Schutzimpfungen
c) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die durch Ärzte, Heilpraktiker und staatlich geprüfte Angehörige von Heil-/Hilfsberufen, hierzu gehören auch Podologen und medizinische Fußpfleger, durchgeführt wurden, z. B.:
Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen einschließlich Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Kältetherapie, Elektro- und Lichttherapie, Manuelle Therapie, Logopädie, Ergotherapie, Podologie.
Die Erstattung erfolgt in angemessenen Sätzen.
d) Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).
Hilfsmittel gleicher Art mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Leistungszusage des Versicherers erstattet. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr erstattet werden sollen.
Hilfsmittel mit einem Kaufpreis über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, die diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Leistungszusage des Versicherers.
Wird keine vorherige Zusage eingeholt, werden die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.
e) Sehhilfen (einschließlich deren Reparatur): Brillengläser (Einstärken-, Bifokal-, Trifokal- und Gleitsichtgläser aus Glas oder Kunststoff in Einfachausführung), Brillenfassungen (erstattungsfähig bis zu 125 EUR Rechnungsbetrag), Kontaktlinsen (nach medizinischer Notwendigkeit oder ab 6 Dioptrien, Kontaktlinsen-Pflegemittel sind nicht mitversichert).
Brillen (hierzu gehören nicht: Sport-, Sonnen- und Arbeitsbrillen) sind nur erstattungsfähig, wenn seit dem letzten Bezug mindestens zwei Jahre vergangen sind oder sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien insgesamt geändert hat.
f) Kur- und Sanatoriumsbehandlung: Kosten gemäß a) und c)
g) medizinisch notwendige Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit sowie bei Notfällen und Erstversorgungen nach einem Unfall (einschließlich der Kosten des Notarztes).

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für ambulante Palliativversorgung, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verfügen sowie häusliche Behandlungspflege. Dies sind die Kosten für ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung

a)	Zahnbehandlung (z. B. Füllungen, Zahnziehen, operative Behandlungen, Röntgenaufnahmen, Parodontosebehandlungen, Bestrahlungen, Kontrolluntersuchungen der Zähne)	100 %
b)	Zahnersatz (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken, Inlays, Kronen und Reparaturen von Zahnersatz) Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten auch funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen. Verblendungen im hinteren Seitenzahnbereich (Zähne 7 und 8) sind nicht mitversichert.	60 %
c)	Kieferorthopädie	60 %
d)	Zahnärztliche prophylaktische Leistungen (einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR))	100 %

[*] Soweit Beihilfevorschriften eine Selbstbeteiligung sowie Abzugsbeträge vorsehen oder Kürzungen aufgrund der Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplans erfolgen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Kosten.

Die Erstattung nach Tarif BKE wird für a) bis d) zusammen begrenzt auf

3.300 EUR im ersten Versicherungsjahr,
4.950 EUR im zweiten Versicherungsjahr,
6.600 EUR im dritten Versicherungsjahr,
8.250 EUR ab viertem Versicherungsjahr.

Bei unfallbedingten Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren gilt der Höchstsatz für das vierte Versicherungsjahr.

Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres.

3 Stationäre Krankenhausbehandlung

Allgemeine Krankenhausleistungen
nach der jeweils gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Berechnet das Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der BPflV oder dem KHEntgG, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen maximal 150 % der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären. Zusätzliche Kosten für Unterkunft, ärztliche Leistungen und Materialkosten sind nicht erstattungsfähig.

Belegarzt
gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer bei der Behandlung in Krankenhäusern, die den gesetzlichen Bestimmungen der BPflV bzw. dem KHEntgG unterliegen

Krankentransport
medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen)

Sonstige Stationärleistungen
Erstattungsfähig sind darüber hinaus die Kosten für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht nicht.

4 Rücktransport aus dem Ausland

Mehraufwendungen durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person an ihren ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus: in voller Höhe.

Bei einem Ambulanzflug
a) durch Vermittlung von Vertragspartnern des Versicherers: in voller Höhe,
b) sonst: bis zu der Höhe, die bei einem Ambulanzflug durch Vermittlung der Vertragspartner entstanden wäre.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ring-Schutz-Tarife für Beihilfeberechtigte Krankheitskostenversicherung Ergänzungstarif BE +

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen, wenn und solange sie bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. nach einem der Ergänzungstarife BE, BEW oder BKE versichert sind. Bei Fortfall dieser Voraussetzung endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif BE +.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif	Kostenersatz	
BE +	100 %	der erstattungsfähigen Kosten

Erstattungsfähige Kosten

Erstattungsfähig sind nach Vorlage des entsprechenden vollständigen Beihilfebescheides die Kosten für

a) die in den Beihilfevorschriften vorgesehenen Selbstbeteiligungen und Abzugsbeträge[1], z. B. bei Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, ambulante häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten sowie Krankenhausbehandlungen.
b) von Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern verordnete, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.[2]

[1)] Kostendämpfungspauschalen sowie Selbstbeteiligungen und Abzugsbeträge für die Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung sind nicht mitversichert.

[2)] Hygienisch kosmetische Präparate, Badezusatz-, Nähr-, Potenz-, Raucherentwöhnungs-, Stärkungs-, Antikonzeptionsmittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate sowie Medikamente zur Gewichtsreduzierung und zur Reiseprophylaxe sind nicht erstattungsfähig.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Besondere Bestimmungen zur Anwartschaftsversicherung

1 Die Anwartschaftsversicherung endet mit Fortfall der Voraussetzung, für die sie beantragt wurde bzw. nach Ablauf der vereinbarten Dauer.

2 Während der Anwartschaftszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des zugrunde liegenden Tarifs mit folgenden Änderungen:

2.1 Es besteht - auch für schwebende Versicherungsfälle - keine Leistungspflicht der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

2.2 Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung wird in v. H. des Beitrags erhoben, der in dem der Anwartschaft zugrunde liegenden Tarif bei vollem Versicherungsschutz (ohne eventuellen Risikozuschlag) zu zahlen wäre.

2.2.1 Im Falle einer Beitragsanpassung in dem der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden Tarif wird die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. die Prozentsätze zur Ermittlung des Anwartschaftsbeitrags ändern, wenn dies aufgrund der durch die Anpassung notwendig gewordenen Änderungen der Berechnungsgrundlagen erforderlich ist und der unabhängige mathematische Treuhänder zustimmt.

2.2.2 Soweit eine Beitragsumstufung von Kindern und Jugendlichen gemäß den Tarifbedingungen wegen Erreichens der Altersgrenzen vorgesehen ist, gilt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem das Umstufungsalter für Erwachsene erreicht wird, der Prozentsatz für Männer bzw. Frauen.

2.2.3 Der Beitrag wird je Person und Tarif bzw. Tarifstufe auf 0,01 EUR gerundet.

2.3 Eine Vereinbarung über Anwartschaftsversicherung wegen Auslandsaufenthalt setzt voraus, dass für den Einzug der Beiträge ein inländisches Konto angegeben und für die Entgegennahme von Willenserklärungen ein Bevollmächtigter im Inland benannt wird.

3 In den AVB vorgesehene Fristen und Wartezeiten werden nicht unterbrochen.

4 Mit der Beendigung der Anwartschaftsversicherung tritt die Versicherung voll in Kraft.

4.1 Die während der Anwartschaftszeit auftretenden Erkrankungen einschließlich ihrer Folgen sowie Folgen von Unfällen sind im Rahmen der geltenden AVB nach dem Ende der Anwartschaftszeit in den Versicherungsschutz einbezogen.

4.2 Für Versicherungsfälle, die während der Anwartschaftszeit eingetreten sind, wird nur für den Teil geleistet, der in die Zeit nach dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes fällt.

5 Bei einer zeitlich nicht befristeten Anwartschaftsversicherung tritt die Versicherung an dem Tag in Kraft, an dem der Grund, aus dem die Anwartschaftsversicherung beantragt wurde, entfällt.

Der Fortfall der Voraussetzung für die Anwartschaftsversicherung ist der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. Wird der Fortfall der Voraussetzungen nicht unverzüglich - d. h. spätestens innerhalb von zwei Monaten - angezeigt, so hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. das Recht, den Übergang auf den vollen Versicherungsschutz von dem Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig zu machen; die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. kann in diesem Fall neue Wartezeiten festsetzen und ggf. einen Risikozuschlag erheben und Leistungsausschlüsse festlegen. Der Übergang auf den vollen Versicherungsschutz kann dann frühestens zum Ersten des auf die Anzeige folgenden Monats erfolgen.

6 Bei einer befristeten Anwartschaftsversicherung tritt die Versicherung unmittelbar nach Ablauf der Anwartschaftsversicherung wieder in Kraft.

7 Wurde vor dem Beginn der Anwartschaftsversicherung ein Risikozuschlag erhoben, so ist dieser Risikozuschlag auch nach Beendigung der Anwartschaftsversicherung in gleicher prozentualer Höhe zum Tarifbeitrag zu zahlen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Besondere Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB) Modifizierte Beitragszahlung

Inhaltsverzeichnis zu den Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
Versicherungsfähigkeit

B Leistungsumfang
1 Gegenstand der Vereinbarung
2 Beginn der Beitragsentlastung
3 Höhe des Entlastungsbetrages
4 Änderung des Entlastungsbetrages
4.1 Individuelle Änderung
4.2 Allgemeine Erhöhung (Dynamik)

C Beiträge
1 Beitragszahlung
2 Beitragsfreistellung

D Ende der Besonderen Bedingungen

Die Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung gelten in Verbindung mit Teil I und 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

Versicherungsfähigkeit
Die Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB) können in Verbindung mit einer Krankheitskostenversicherung beim Versicherer für Tarife beantragt werden, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen und nach Art der Lebensversicherung betrieben werden. Im Folgenden werden diese Tarife als Grundtarife bezeichnet. Im Sinne dieser Bedingungen zählt hierzu ausdrücklich nicht der Standardtarif im Sinne des § 257 Abs. 2a SGB V, ein Basisversicherungsschutz im Sinne des § 152 Abs. 1 VAG oder ein Notlagentarif im Sinne des § 153 VAG.
Ein Antrag kann frühestens nach Vollendung des 20. Lebensjahres und spätestens vor Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person gestellt werden.

B Leistungsumfang / Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

1 Gegenstand der Vereinbarung
Eine Beitragsentlastung ist sowohl für die Grundtarife als auch für den Beitragsanteil dieser Besonderen Bedingungen zur Beitragsentlastung möglich. Ab dem vereinbarten Beginn gemäß Abschnitt B 2 reduziert sich der monatliche Beitrag der versicherten Person in vereinbarter Höhe gemäß Abschnitt B 3.

2 Beginn der Beitragsentlastung
2.1 Bei Antragstellung kann der Versicherungsnehmer für die versicherte Person als Beginn den Monatsersten nach Vollendung des
– 60. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 60),
– 61. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 61),
– 62. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 62),
– 63. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 63),
– 64. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 64),
– 65. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 65),
– 66. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 66),
– 67. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 67),
– 68. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 68),
– 69. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 69) oder
– 70. Lebensjahres (Bezeichnung: peB 70)
vereinbaren.

2.2 Der Versicherungsnehmer kann bis zum vereinbarten Beginn der Beitragsentlastung die Verlegung des Beginns innerhalb der in Abschnitt B 2.1 geregelten Altersgrenzen verlangen. Eine Verlegung kann nicht rückwirkend verlangt werden. Die Höhe des dann zu zahlenden Beitrags ermittelt der Versicherer entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen.

3 Höhe des Entlastungsbetrages
Der Entlastungsbetrag kann in Vielfachen von 5 EUR vereinbart werden. Er beträgt monatlich mindestens 20 EUR. Die Höhe des Entlastungsbetrages für eine versicherte Person darf

– die Summe der Beiträge der Grundtarife und des Beitragsanteils für die Beitragsentlastung nach diesen Bedingungen und
– 150 % des zu zahlenden Gesamtbeitrags für die Grundtarife

nicht übersteigen. Die o. g. Grundtarifbeiträge gelten ohne den gesetzlichen Vorsorgezuschlag und etwaige Steuern.

Dies gilt auch bei Vertragsänderungen.

4 Änderung des Entlastungsbetrages
4.1 Individuelle Änderung
Der Versicherungsnehmer kann unter Beachtung der zulässigen Mindest- und Maximalhöhe gemäß Abschnitt B 3 eine Erhöhung oder Verringerung des Entlastungsbetrages für jede versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung verlangen. Eine Änderung kann nicht rückwirkend erfolgen.

Der Beitrag für den hinzukommenden oder sich verringernden Entlastungsbetrag wird entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen ermittelt.

4.2 Allgemeine Erhöhung (Dynamik)
Der vereinbarte Beitragsentlastungsbetrag wird erstmals im Jahr 2021 und danach alle drei Jahre um 10 % (mindestens 5 EUR) erhöht. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt
– die versicherte Person das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
– keine Beitragsfreistellung vereinbart ist und
– die maximale Entlastung gemäß Abschnitt B 3 noch nicht erreicht ist.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt versicherten Entlastungsbetrag und wird kaufmännisch auf 5 EUR gerundet.

Der Beitrag für den hinzukommenden Entlastungsbetrag wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Alter der versicherten Person entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen berechnet.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht. Hierauf wird er in dem Mitteilungsschreiben ausdrücklich hingewiesen. Die individuellen Änderungsmöglichkeiten gemäß Abschnitt B 4.1 bleiben davon unberührt.

C Beiträge

1 Beitragszahlung

Der Beitrag für die Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung ist über die gesamte Versicherungsdauer auch nach Wirksamwerden der Beitragsentlastung zu zahlen.

2 Beitragsfreistellung

2.1 Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann eine Beitragsfreistellung für höchstens drei Jahre erfolgen. Nach Ablauf der vereinbarten Beitragsfreistellung lebt die Beitragspflicht ohne weitere Vereinbarung von selbst wieder auf. Die Höhe des dann zu zahlenden Beitrags ermittelt der Versicherer entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen. Der Antrag auf Beitragsfreistellung kann nur bis Ende des Jahres gestellt werden, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, und nur nach einer jeweils ununterbrochenen fünfjährigen Beitragszahlungsdauer.

2.2 Die Beitragspflicht entfällt, solange die Grundtarife in Anwartschaft geführt werden, längstens jedoch für drei Jahre (beitragsfreier Zeitraum). Die Höhe des nach Ende des beitragsfreien Zeitraums zu zahlenden Beitrags ermittelt der Versicherer dann entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen. Insoweit gelten die für die Beitragsfreistellung in Abschnitt C 2.1 genannten Voraussetzungen entsprechend.

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers können die Beiträge ungeachtet der Sätze 1 und 2 dieses Abschnitts in der für die aktiven Tarife nach Abschnitt B 3 ermittelten Höhe weiter entrichtet werden.

Eine Anwartschaftsversicherung kann für die private Beitragsentlastung nicht abgeschlossen werden.

2.3 Werden für die Grundtarife Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten vereinbart, erfolgt für die Dauer der Sonderbedingungen eine Beitragsfreistellung. Die in Abschnitt C 2.1 geregelten zeitlichen Beschränkungen gelten hierbei nicht.

3 Beitragsanpassung

Werden auf Grundlage des § 8b Teil I die Beiträge für eine Beobachtungseinheit eines Grundtarifs, der zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungspflicht gemäß § 193 VVG dient, angepasst, so werden auch die Beiträge für diese Beobachtungseinheit der mit diesem Grundtarif verbundenen Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst.

D Ende der Besonderen Bedingungen

1 Die Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung können nur in Verbindung mit den Grundtarifen des Versicherers vereinbart werden. Mit der Beendigung der Grundtarife enden daher auch die Besonderen Bedingungen für die versicherte Person.

2 Enden die Besonderen Bedingungen, wird die für den Entlastungsbetrag gebildete Rückstellung entsprechend den technischen Berechnungsgrundlagen sofort beitragsreduzierend auf eine für die versicherte Person beim Versicherer weiterbestehende, unter Bildung von Alterungsrückstellungen kalkulierte, Krankheitskostenversicherung angerechnet.

Sofern keine solche Krankheitskostenversicherung beim Versicherer fortgeführt wird, sondern nur eine Versicherung, die nicht unter Bildung von Alterungsrückstellungen kalkuliert ist oder die die Auszahlung im Vorfeld fest vereinbarter Summen vorsieht (z. B. Krankentagegeldversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung), verfällt die für den Entlastungsbetrag gebildete Rückstellung zu Gunsten der Versichertengemeinschaft.

Die Auszahlung nicht benötigter Entlastungsbeträge (auch nicht teilweise), Rückzahlung von gezahlten Beiträgen oder eine Übertragung auf eine andere Person ist ausgeschlossen.

3 Besteht bei Beendigung der Grundtarife ein Anrecht auf einen Übertragungswert im Sinne von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG, so wird abweichend zu Abschnitt D 2 die bezüglich der Vereinbarung zur privaten Beitragsentlastung gebildete Rückstellung bei der Ermittlung des Übertragungswertes entsprechend berücksichtigt.

4 Der Versicherer verzichtet hinsichtlich der Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung auf das ordentliche Kündigungsrecht.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Wichtige Hinweise zu Ihrer privaten Beitragsentlastung (peB)

SIGNAL IDUNA unternimmt einiges, damit auch in Zukunft Ihre Krankenversicherungsbeiträge bezahlbar bleiben – auch im Alter. So wird mit den in Ihrer privaten Krankenversicherung enthaltenen Alterungsrückstellungen und dem gesetzlichen Vorsorgezuschlag bereits eine wichtige Vorsorge für Ihren Versicherungsbeitrag im Alter getroffen. Mit den Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB) zu Ihrer Krankheitskostenvollversicherung (Grundtarif(e)) können Sie selbst bestimmen, bis zu welcher Höhe Ihre Krankenversicherungsbeiträge im Alter reduziert werden.

Sie legen das Alter fest, ab dem sich Ihr Beitrag um den vereinbarten Entlastungsbetrag reduziert. Dabei kann das Entlastungsalter individuell zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr gewählt werden. Der Beitrag verringert sich lebenslang ab Beginn des Monatsersten, der nach Vollendung des gewählten Entlastungsalters folgt.

Je länger die Ansparphase des peB ist, desto vorteilhafter fällt Ihre private Beitragsentlastung aus. Das bedeutet: Je länger der Zeitraum zwischen Abschluss des peB und dem gewählten Entlastungsalter ist, desto vorteilhafter ist die Beitragsentlastung für Sie.

Die Beiträge für Ihre private Krankenversicherung sind als Vorsorgeaufwendungen steuerlich abzugsfähig. Das gilt im selben Maße auch für Ihren peB-Beitrag. Positiv für Arbeitnehmer: Im Rahmen des gesetzlichen Arbeitgeberzuschusses beteiligt sich der Arbeitgeber auch am peB-Beitrag.

Im Folgenden möchten wir Sie über weitere wichtige Fragestellungen zu Ihrer privaten Beitragsentlastung informieren:

1. Wie lange ist der Beitrag für den vereinbarten Entlastungsbetrag zu zahlen?
Den Beitrag Ihrer Krankenversicherung zahlen Sie grundsätzlich ein Leben lang. Das gilt auch für den peB-Beitrag. Konkret bedeutet das: Sie zahlen auch im Entlastungszeitraum den Beitrag für den peB weiter. Das ist unter anderem Voraussetzung, damit der Beitrag für den peB arbeitgeberzuschussfähig ist.

Beispiel:

Krankenversicherungsbeitrag	500 EUR
Beitrag für peB 67/300	83 EUR
Gesamtbeitrag	583 EUR
Gesamtbeitrag ab 67 Jahre	283 EUR

Hinweis: Aus Vereinfachungsgründen wurde bei diesem Beispiel auf mögliche Beitragserhöhungen oder Tarifänderungen verzichtet.

Wichtig: Die dauerhafte Beitragszahlung ist insbesondere bei einem höheren Eintrittsalter zu berücksichtigen. In diesen Fällen sind die Dauer der Ansparphase und die Höhe des Entlastungsbetrages im Hinblick auf die effektive Beitragsentlastung nach Abzug des zu zahlenden Beitrages abzuwägen.

2. Kann ich die Entlastungshöhe während der Vertragslaufzeit ändern?
Ja, eine Erhöhung oder Verringerung des Entlastungsbetrages kann jederzeit ohne Gesundheitsprüfung beantragt werden. Bitte beachten Sie, wird der Entlastungsbetrag erhöht, richtet sich der Erhöhungsbeitrag nach dem erreichten Alter. Dies gilt auch, wenn Sie den Entlastungsbetrag verringern und einige Zeit danach wieder eine Erhöhung beantragen.

3. Kann ich den Beginn der Beitragsentlastung während der Vertragslaufzeit ändern?
Ja, die Änderung des Entlastungsbeginns können Sie bis zum vereinbarten Beginn der Beitragsentlastung beantragen. Die Höhe des dann zu zahlenden Beitrags wird entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen ermittelt.

4. Welche Möglichkeiten habe ich bei einer wirtschaftlichen Notlage?
a) Beitragsfreistellung:
Nach einer jeweils fünfjährigen, ununterbrochenen Beitragszahlungsdauer können Sie eine Beitragsfreistellung für längstens drei Jahre beantragen. Der Antrag kann spätestens in dem Jahr gestellt werden, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet. Nach Beendigung der Beitragsfreistellung ermittelt der Versicherer die Höhe des dann zu zahlenden Beitrags entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen.
b) Reduzierung des Entlastungsbetrages:
Um einen geringeren Gesamtbeitrag zu erreichen, können Sie den Entlastungsbetrag im peB reduzieren. Bei einer anschließenden Erhöhung beachten Sie bitte die Hinweise unter Punkt 2 und 8.
c) Beendigung des peB:
Im Falle der Beendigung der privaten Beitragsentlastung beachten Sie bitte die Hinweise unter Punkt 7.

5. Kann im Rahmen einer Beitragsanpassung auch der peB-Beitrag angepasst werden?
Ja, eine Beitragsanpassung im peB ist immer dann möglich, wenn ein Grundtarif angepasst wird. Dabei können sich Beitragserhöhungen ergeben, wenn sich z. B. die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht oder der Rechnungszins angepasst wird.

6. Wann enden die Besonderen Bedingungen zur Beitragsentlastung?
Die Besonderen Bedingungen zur Beitragsentlastung enden automatisch mit Beendigung Ihrer Krankheitskostenvollversicherung. Dies gilt auch bei Umstellung in den Standard-, Basis- oder Notlagentarif. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, nur den peB zu kündigen. Gut zu wissen: SIGNAL IDUNA verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

7. Welche Folgen hat die Beendigung des peB?
Der peB ist eine besondere Vereinbarung zu Ihrer Krankenversicherung. Daher ist diese mit anderen Anlageformen, wie beispielsweise einer kapitalbildenden Lebensversicherung oder Rentenversicherung nicht unmittelbar vergleichbar. Insbesondere ist ein Rückkaufswert oder eine spätere Auszahlung nicht möglich. Bei der Beendigung des peB sind mehrere Möglichkeiten zu beachten:

a) Sie verlassen SIGNAL IDUNA
Bei einer Kündigung Ihrer Krankenversicherung oder bei Tod einer versicherten Person verfällt die für den Entlastungsbetrag gebildete Rückstellung zu Gunsten der Versichertengemeinschaft.

Bei einem Wechsel zu einem anderen PKV-Unternehmen wird ein Übertragungswert mitgegeben, sofern dies der bisherige Versicherungsschutz vorsieht.
Bitte beachten Sie, dass dieser nicht mit den vollständigen gebildeten Rückstellungen des peB gleichzusetzen ist.

b) Sie führen eine Krankheitskosten-Zusatzversicherung fort
Wird bei Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine SIGNAL IDUNA Krankheitskostenzusatzversicherung fortgeführt, werden die gebildeten Rückstellungen angerechnet. Dabei ist eine Reduzierung des Beitrages in der Krankheitskostenzusatzversicherung sogar auf 0 Euro möglich. Gegebenenfalls darüberhinausgehende Rückstellungen verfallen zugunsten der Versichertengemeinschaft.

c) Private Krankenvollversicherung bleibt bestehen und nur der peB wird beendet
Endet lediglich der peB, wird die für den peB gebildete Rückstellung gemäß den technischen Berechnungsgrundlagen auf Ihre weiterbestehende Krankheitskostenvollversicherung angerechnet (beitragsreduzierend und/oder Reservierung in den Altersmitteln).
Bitte beachten Sie, dass bei der Anrechnung in den Grundtarifen eine Begrenzung auf den Tarifbeitrag zum Eintrittsalter erfolgt.

Darüberhinausgehende Rückstellungswerte sind nicht verloren. Sie fließen in die Alterungsmittel, die ab dem Alter 65 zur Milderung von Beitragsanpassungen verwendet werden. Sofern darin noch Mittel vorhanden sind, werden diese ab Alter 80 zur tatsächlichen Beitragsreduzierung verwendet.

8. Welche Folgen hat die Reduktion des Entlastungbetrages im peB?
Wird der Entlastungsbetrag des peB reduziert, wird die für den peB bisher gebildete Rückstellung gemäß den technischen Berechnungsgrundlagen im reduzierten peB angerechnet (beitragsreduzierend und/oder Reservierung in den Altersmitteln).

Bei einer anschließenden Erhöhung des Entlastungsbetrages erfolgt die Berechnung des zusätzlichen Entlastungsbeitrages gemäß des dann erreichten Alters.

9. Was ist bei einer Anwartschaft in den Grundtarifen zu beachten?
Solange die Grundtarife in Anwartschaft geführt werden, entfällt die Beitragspflicht für den peB für längstens drei Jahre. Voraussetzung ist, dass der Antrag spätestens in dem Jahr gestellt wird, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet und eine jeweils fünfjährige, ununterbrochene Beitragszahlungsdauer erfüllt ist. Anschließend ermittelt der Versicherer die Höhe des dann zu zahlenden Beitrags entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen.

Auf Wunsch können Sie den peB unverändert fortführen.

Sollten Sie aufgrund der Anwartschaft in den Grundtarifen den peB kündigen, sind die Hinweise zur Anrechnung der Rückstellung unter Punkt 7 zu beachten.

Eine Anwartschaftschaftsversicherung für den peB selbst kann nicht abgeschlossen werden.

Dieses Merkblatt ist ein Auszug aus den Bedingungen. Im Einzelnen gelten die Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung in Verbindung mit Teil I und II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif flexSIprivat – Optionstarif für Versicherte der deutschen privaten Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif flexSIprivat 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

Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Versicherungsfähig sind Personen, für die eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem Unternehmen der deutschen privaten Krankenversicherung (PKV) besteht.

B Optionsrecht

1 Inhalt
Der Versicherungsnehmer erwirbt für die versicherten Personen nach Tarif flexSIprivat zu dem in Abschnitt B 3 festgelegten Zeitpunkt das Recht für den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung.

Gleichzeitig kann in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen bei Arbeitnehmern sowie eine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer der GKV bzw. auf die Höhe eines bereits bestehenden, höheren Krankentagegeldes begrenzt.

Der Abschluss erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009 bzw. § 3 Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009). Voraussetzung ist, dass die versicherten Personen für die beantragten Tarife versicherungsfähig sind.

Ein Anspruch auf Kranken- oder Pflegeversicherungsleistungen bzw. Krankentagegeld besteht nach Tarif flexSIprivat nicht.

2 Risikobeurteilung
Für die Festlegung eventueller Erschwernisse (z. B. Beitragszuschläge, Leistungsausschlüsse) ist nur der Gesundheitszustand der versicherten Person bei Abschluss des Tarifs flexSIprivat maßgebend. Diese Erschwernisse werden bei Ausübung des Optionsrechts wirksam, angewandt auf die dann geltenden Beiträge der gewählten Tarife. Maßgeblich für die Festlegung von Erschwernissen sind insbesondere die vertraglich als risikorelevant beurteilten Diagnosen. Während der Optionszeit zusätzlich entstandene Krankheiten oder Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

3 Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts
Das in Abschnitt B.1 genannte Optionsrecht kann jederzeit innerhalb von 24 Monaten nach dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn des Tarifs flexSIprivat in Anspruch genommen werden.

Werden die gewünschten Tarife spätestens einen Monat nach Beendigung der bisher bestehenden Krankheitskostenvollversicherung beantragt, beginnen diese unmittelbar im Anschluss daran. Ein Nachweis über die Beendigung der bisherigen Krankheitskostenvollversicherung ist einzureichen.

C Ende der Versicherung nach Tarif flexSIprivat

Der Tarif flexSIprivat endet für eine versicherte Person
– mit Inanspruchnahme des Optionsrechts oder
– 24 Monate nach dem im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbeginn des Tarifs flexSIprivat.

D Beitragsrückerstattung mit Inanspruchnahme des Optionsrechts

Wird das Optionsrecht in Anspruch genommen, so werden die in den letzten sechs Monaten vor Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung bezahlten Beiträge für den Tarif flexSIprivat zurückerstattet.

E Beiträge

Während der Laufzeit des Tarifs flexSIprivat bleiben die Beiträge für diesen Tarif unverändert. Insofern finden die Bestimmungen zur Beitragsanpassung nach § 8b Teil I und Teil II keine Anwendung.

Die Regelungen zur Umstellung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gemäß § 8a Teil II bleiben davon unberührt und finden Anwendung.

Da die Beiträge zum Tarif flexSIprivat ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind, richtet sich der Beitrag für die beantragten Tarife bei Inanspruchnahme des Optionsrechts nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif flexSI-B – Optionstarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif flexSI-B 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

Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Versicherungsfähig sind Studenten und Absolventen von Hochschulen (Universitäten, Fachhochschulen, Gesamthochschulen), deren berufliches Ziel eine Beamtenlaufbahn ist.

Zudem muss für die Person eine Versicherung in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder eine Krankheitskostenvollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherung (PKV) bestehen.

B Optionsrecht

1 Inhalt
Der Versicherungsnehmer erwirbt für die versicherte Person nach Tarif flexSI-B zu den in Abschnitt B 3 festgelegten Zeitpunkten das Recht für den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung nach Beihilfetarifen, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts (vgl. Abschnitt B 3) zum aktiven Produktangebot der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. gehören.

Gleichzeitig kann in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung nach Beihilfetarifen eine Krankenhaustagegeldversicherung zur Deckung der bestehenden stationären Abzugsbeträge sowie eine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden.

Der Abschluss erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person für die beantragten Tarife versicherungsfähig ist.

Ein Anspruch auf Kranken- oder Pflegeversicherungsleistungen besteht nach Tarif flexSI-B nicht.

2 Risikobeurteilung
Für die Festlegung eventueller Erschwernisse (z. B. Beitragszuschläge, Leistungsausschlüsse) ist nur der Gesundheitszustand der versicherten Person bei Abschluss des Tarifs flexSI-B maßgebend. Diese Erschwernisse werden bei Ausübung des Optionsrechts wirksam, angewandt auf die dann geltenden Beiträge der gewählten Tarife. Maßgeblich für die Festlegung von Erschwernissen sind insbesondere die vertraglich als risikorelevant beurteilten Diagnosen. Während der Optionszeit zusätzlich entstandene Krankheiten oder Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

3 Zeitpunkte der Inanspruchnahme des Optionsrechts
Das in Abschnitt B 1 genannte Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden, wenn die versicherte Person in das Beamtenverhältnis berufen wird.

Werden die gewünschten Tarife spätestens innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des oben aufgeführten Ereignisses beantragt, beginnen diese im unmittelbaren Anschluss an dieses Ereignis. Erfolgt die Beantragung nicht innerhalb von drei Monaten, ist eine erneute Risikobeurteilung erforderlich.

Der Nachweis über die Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankheitskostenvollversicherung ist dem Antrag auf eine Krankheitskostenvollversicherung nach Beihilfetarifen beizufügen.

C Ende der Versicherung nach Tarif flexSI-B und Fortführung nach anderem Tarif

Der Tarif flexSI-B endet für eine versicherte Person
– mit Inanspruchnahme des Optionsrechts oder
– mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Höchstversicherungsdauer von neun Jahren erreicht ist oder
– mit Fortfall der Voraussetzungen zur Versicherungsfähigkeit gemäß Abschnitt A.

Wird die Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV bzw. PKV binnen drei Monaten nach Beendigung dem Versicherer durch den Versicherungsnehmer nachgewiesen, endet die Versicherung nach Tarif flexSI-B rückwirkend zu diesem Zeitpunkt. Später stehen dem Versicherer die Beiträge bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem der Nachweis erfolgt ist.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht für die versicherten Personen zum Beginn des auf die Höchstversicherungsdauer von neun Jahren folgenden Kalenderjahres keinen Gebrauch, wird der Vertrag in einem Grund-Ergänzungsschutz für gesetzlich Versicherte (zurzeit Tarif GE) fortgeführt, sofern dieser nicht bereits versichert ist. Der Tarif flexSI-B endet zu diesem Zeitpunkt. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb von drei Monaten vom Ende des Tarifs flexSI-B an gerechnet rückwirkend zu diesem Zeitpunkt kündigen.

D Beiträge

Der Beitrag für den Tarif flexSI-B ist mindestens für jeweils drei Kalenderjahre konstant. Er kann erstmals nach drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach Tarif flexSI-B zum Beginn des folgenden Kalenderjahres geändert werden. Zugrunde gelegt wird dann der jeweils gültige Neugeschäftsbeitrag. Insofern finden die Bestimmungen zur Beitragsanpassung nach § 8b Teil I und Teil II keine Anwendung.

Da die Beiträge zum Tarif flexSI-B ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind, richtet sich der Beitrag für die beantragten Tarife bei Inanspruchnahme des Optionsrechts nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif flexSI – Optionstarif für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif flexSI 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

Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Versicherungsfähig sind Versicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

B Optionsrecht

1 Inhalt
Der Versicherungsnehmer erwirbt für die versicherten Personen nach Tarif flexSI zu den in Abschnitt B 3 festgelegten Zeitpunkten das Recht für den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung oder Krankheitskostenzusatzversicherung.

Gleichzeitig kann in Verbindung mit einer Krankheitskostenvollversicherung eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen bei Arbeitnehmern sowie eine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen werden. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses bestehenden höchsten Krankengeldanspruchs für Arbeitnehmer der GKV begrenzt.

Der Abschluss erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten gemäß § 3 MB/KK 2009 bzw. § 3 Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (MB/KT 2009). Voraussetzung ist, dass die versicherten Personen für die beantragten Tarife versicherungsfähig sind.

Ein Anspruch auf Kranken- oder Pflegeversicherungsleistungen bzw. Krankentagegeld besteht nach Tarif flexSI nicht.

2 Risikobeurteilung
Für die Festlegung eventueller Erschwernisse (z. B. Beitragszuschläge, Leistungsausschlüsse) ist nur der Gesundheitszustand der versicherten Person bei Abschluss des Tarifs flexSI maßgebend. Diese Erschwernisse werden bei Ausübung des Optionsrechts wirksam, angewandt auf die dann geltenden Beiträge der gewählten Tarife. Maßgeblich für die Festlegung von Erschwernissen sind insbesondere die vertraglich als risikorelevant beurteilten Diagnosen. Während der Optionszeit zusätzlich entstandene Krankheiten oder Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

3 Zeitpunkte der Inanspruchnahme des Optionsrechts
Das in Abschnitt B.1 genannte Optionsrecht kann in Anspruch genommen werden,
- wenn für die versicherte Person in der deutschen GKV die Versicherungspflicht (gemäß § 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) V) endet oder die Voraussetzung für die Familienversicherung (gemäß § 10 SGB V) entfällt,
- wenn die freiwillige Mitgliedschaft für die versicherte Person in der deutschen GKV mit Ende einer Bindungsfrist aufgrund von Wahltarifen gemäß § 53 SGB V endet,
- nach Ablauf von ein, zwei, drei, sechs oder neun vollen Jahren seit Beginn der Versicherung nach Tarif flexSI zum Beginn des unmittelbar folgenden Kalenderjahres,
- zum Beginn des auf die Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person folgenden Kalenderjahres.

Werden die gewünschten Tarife spätestens innerhalb von drei Monaten nach Eintritt einer der oben aufgeführten Zeitpunkte beantragt, beginnen diese im unmittelbaren Anschluss an die oben aufgeführten Zeitpunkte. Später ist eine erneute Risikobeurteilung erforderlich.

Der Nachweis über die Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Antrag auf eine Krankheitskostenvollversicherung beizufügen.

C Ende der Versicherung nach Tarif flexSI und Fortführung nach anderem Tarif

Der Tarif flexSI endet für eine versicherte Person
- mit Inanspruchnahme des Optionsrechts oder
- mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Höchstversicherungsdauer von neun Jahren erreicht ist oder
- mit Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV
- spätestens jedoch mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird.

Wird die Beendigung des Versicherungsschutzes in der GKV binnen drei Monaten nach Beendigung dem Versicherer durch den Versicherungsnehmer nachgewiesen, endet die Versicherung nach Tarif flexSI rückwirkend zu diesem Zeitpunkt. Später stehen dem Versicherer die Beiträge bis zu dem Zeitpunkt zu, in dem der Nachweis erfolgt ist.

Macht der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht für die versicherten Personen zum Beginn des auf die Höchstversicherungsdauer von neun Jahren bzw. zum Beginn des auf die Vollendung des 50. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres keinen Gebrauch, wird der Vertrag in einem Grund-Ergänzungsschutz für gesetzlich Versicherte (zurzeit Tarif GE) fortgeführt, sofern dieser nicht bereits versichert ist. Der Tarif flexSI endet zu diesem Zeitpunkt. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb von drei Monaten vom Ende des Tarifs flexSI an gerechnet rückwirkend zu diesem Zeitpunkt kündigen.

D Beiträge

Der Beitrag für den Tarif flexSI ist mindestens für jeweils drei Kalenderjahre konstant. Er kann erstmals nach drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach Tarif flexSI zum Beginn des folgenden Kalenderjahres geändert werden. Zugrunde gelegt wird dann der jeweils gültige Neugeschäftsbeitrag. Insofern finden die Bestimmungen zur Beitragsanpassung nach § 8b Teil I und Teil II keine Anwendung.

Die Regelungen zur Umstellung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gemäß § 8a Teil II bleiben davon unberührt und finden Anwendung.

Da die Beiträge zum Tarif flexSI ohne Alterungsrückstellungen kalkuliert sind, richtet sich der Beitrag für die beantragten Tarife bei Inanspruchnahme des Optionsrechts nach dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Eintrittsalter.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif AmbulantBASISpur
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Ambulant

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 125 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 125 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

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 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
2 Gesetzliche Zuzahlungen
3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften

D Sonstige Bestimmungen
1 Kostennachweise
2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
3 Vorleistungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantBASISpur 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)
Der Tarif AmbulantBASISpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantBASISpur.

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 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge;
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie;
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen;
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 125 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) für
- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind begrenzt auf insgesamt 125 EUR pro Kalenderjahr.

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu einer Dauer von acht Wochen die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn) im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:
- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

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.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. 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.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonstige Bestimmungen

1 Kostennachweise
Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
Zustehende Leistungsansprüche gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantBASISpur genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, werden aus dem Tarif AmbulantBASISpur für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Vorleistungen
Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif AmbulantSTARTpur
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Ambulant

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

100 % Sehhilfen bis 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
100 % LASIK-Zuschuss bis 500 EUR alternativ zur Sehhilfeversorgung
100 % Restkosten für Hilfsmittel bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
80 % Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte, Arzneimittel, bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

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 Sehhilfen
2 Operationen zur Sehschärfekorrektur
3 Hilfsmittel
4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
6 Arzneimittel
7 Gesetzliche Zuzahlungen
8 Heilbehandlung im Ausland

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Gesundheitsprüfung
4 Beantragungsfrist
5 Unterbrechung des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonstige Bestimmungen
1 Kostennachweise
2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
3 Vorleistungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantSTARTpur 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)
Der Tarif AmbulantSTARTpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur.

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 Sehhilfen
Die tariflichen Leistungen für Brillen (Fassungen und Gläser) und Kontaktlinsen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) besteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100 % bis zu insgesamt 500 EUR für beide Augen; ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit. Die tarifliche Leistung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur. Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS und nach Tarifen der Krankheitskostenversicherungen beim Versicherer werden berücksichtigt; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden nicht berücksichtigt.

Wird der Anspruch auf Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen gemäß Abschnitt B 1.

3 Hilfsmittel
Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge;
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie;
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen;
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
- von Heilpraktikern oder Ärzten durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sowie für naturheilkundliche Leistungen sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 6 begrenzt auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

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

6 Arzneimittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für naturheilkundliche Arzneimittel, die im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für Arzneimittel sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 5 begrenzt auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

7 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) für
– Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V)
– Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
– Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
– Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

8 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu einer Dauer von acht Wochen die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:
– Arzt und Facharzt,
– Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
– Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
– Arznei- und Verbandmittel,
– ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
– elektrische und physikalische Heilbehandlung,
– Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
– stationäre Behandlung im Krankenhaus,
– Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

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.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
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 AmbulantSTARTpur das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif AmbulantPLUS umzustellen.

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

3 Gesundheitsprüfung
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 entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

5 Unterbrechung des Optionsrechts
Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif AmbulantSTARTpur in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

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

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. 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.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

E Sonstige Bestimmungen

1 Kostennachweise
Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
Zustehende Leistungsansprüche gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantSTARTpur genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, werden aus dem Tarif AmbulantSTARTpur für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Vorleistungen
Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif AmbulantPLUS
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Ambulant

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

100 % Sehhilfen bis 375 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
100 % LASIK-Zuschuss bis 1.000 EUR alternativ zur Sehhilfeversorgung
100 % Restkosten für Hilfsmittel bis 750 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 750 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
80 % Naturheilkunde und Heilpraktikerleistungen sowie alternative Arzneimittel, bis 750 EUR im Kalenderjahr
100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

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 Sehhilfen
2 Operationen zur Sehschärfekorrektur
3 Hilfsmittel
4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
6 Arzneimittel
7 Gesetzliche Zuzahlungen
8 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften

D Sonstige Bestimmungen
1 Kostennachweise
2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
3 Vorleistungen

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Ende der Versicherungsfähigkeit
4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) 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)
Der Tarif AmbulantPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS.

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 Sehhilfen
Die tariflichen Leistungen für Brillen (Fassungen und Gläser) und Kontaktlinsen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 375 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) besteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100 % bis zu insgesamt 1.000 EUR für beide Augen; ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit. Die tarifliche Leistung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS. Zeiten einer aktiven Versicherung nach Tarifen der Krankheitskostenversicherungen beim Versicherer werden berücksichtigt; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden nicht berücksichtigt.

Bei einem Wechsel aus dem Tarif AmbulantSTARTpur in den Tarif AmbulantPLUS werden die Zeiten der aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur ebenfalls berücksichtigt. Dies gilt allerdings nur für den geringeren Leistungsbetrag nach Tarif AmbulantSTARTpur (500 EUR); nach Ablauf von weiteren drei Kalenderjahren seit Tarifbeginn dieses Tarifs entsteht der volle Anspruch (1.000 EUR).

Wird der Anspruch auf Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauf folgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen gemäß Abschnitt B 1.

3 Hilfsmittel
Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750 EUR pro Kalenderjahr.

4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen sowie Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge;
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie;
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen;
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:
- von Heilpraktikern oder Ärzten durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden, z. B. Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sowie für naturheilkundliche Leistungen sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 6 begrenzt auf insgesamt 750 EUR pro Kalenderjahr.

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

6 Arzneimittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für naturheilkundliche Arzneimittel, die im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für Arzneimittel sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 5 begrenzt auf insgesamt 750 EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

7 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)) für
- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

8 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu einer Dauer von acht Wochen die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:
- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

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.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonstige Bestimmungen

1 Kostennachweise
Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
Zustehende Leistungsansprüche gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantPLUS genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, werden aus dem Tarif AmbulantPLUS für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Vorleistungen
Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)

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

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

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur) erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif AmbulantPLUS 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 55 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 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. bzw. 45. 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif AmbulantTOP
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Ambulant

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung
100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Schutzimpfungen
100 % Arznei- und Verbandmittel
100 % Heil- und Hilfsmittel

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 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Schutzimpfungen
1.3 Arznei- und Verbandmittel
1.4 Hilfsmittel
1.5 Heilmittel
1.6 Ambulante Transportkosten
1.7 Psychotherapeutische Behandlungen
1.8 Häusliche Behandlungspflege

2 Einschränkung der Leistungspflicht

C Anpassungsvorschriften

D Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantTOP (AmbulantTOPpur)
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 (AmbulantTOPpur)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantTOP 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)
Der Tarif AmbulantTOP 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 AmbulantTOP.

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 Ambulante Heilbehandlung
Die Aufwendungen gemäß Abschnitt B 1, die nach Vorleistung durch die GKV verbleiben, werden zu 100 % erstattet. Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch eine Bescheinigung der GKV oder einen entsprechenden Leistungsvermerk der GKV auf den Belegen nachzuweisen.

Kommt die Vorleistung der GKV nicht oder nur teilweise zur Auszahlung, weil sie ganz oder teilweise innerhalb der mit der GKV vereinbarten Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) bleibt, dann werden die Aufwendungen abzüglich des in den Selbstbehalt bzw. in die Prämienzahlung fallenden Vorleistungsbetrages ebenfalls zu 100 % erstattet.

In den übrigen Fällen, in denen keine Vorleistungen durch die GKV erfolgen, werden die Aufwendungen gemäß Abschnitt B 1 zu 80 % erstattet. Die nicht erfolgten Vorleistungen der GKV sind durch eine Bescheinigung der GKV oder einen Vermerk der GKV auf den Belegen zu bestätigen.

Die Erstattungen setzen grundsätzlich voraus, dass die versicherte Person bei ihrer GKV anstelle des Sachleistungsprinzips Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wählt. Die Kostenerstattung muss vor Inanspruchnahme der in Abschnitt B 1.1 bis B 1.8 genannten Behandlungen, Mittel und Transporte gewählt werden.

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für naturheilkundliche Leistungen (z. B. im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen und homöopathische Behandlungen) von Ärzten.

1.2 Schutzimpfungen
Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfung, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für reisemedizinische Impfberatungen sowie reisemedizinische Impfungen und deren Impfstoffkosten.

1.3 Arznei- und Verbandmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel. Erstattet werden alle von Ärzten verordneten wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Darüber hinaus wird auch geleistet für Medikamente, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinisch notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für naturheilkundliche Arzneimittel (z. B. homöopathische Mittel), nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Behandelnden verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Behandelnden selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

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

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal pro Kalenderjahr erstattet, wenn
– das Hilfsmittel über die GKV bzw. einen Vertragspartner der GKV zur Verfügung gestellt wurde oder
– das Hilfsmittel über den Versicherer zur Verfügung gestellt wurde oder
– die Kostenübernahme für das Hilfsmittel vom Versicherer vorher zugesagt wurde.

Wartungs- und Reparaturkosten werden ebenfalls erstattet, wenn
– die Wartung bzw. Reparatur von der GKV veranlasst wurde oder
– die Wartung bzw. Reparatur über den Versicherer veranlasst wurde oder
– die Kostenübernahme für die Wartung bzw. Reparatur vom Versicherer vorher zugesagt wurde oder
– die Kosten für die Wartung bzw. Reparatur nicht mehr als 500 EUR betragen.

Der erstattungsfähige Betrag wird zunächst um eine evtl. vorhandene GKV-Vorleistung vermindert. Anschließend wird ein Selbstbehalt von insgesamt 750 EUR pro Kalenderjahr abgezogen.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen (Gestell und Gläser) und Kontaktlinsen.

1.5 Heilmittel
Erstattungsfähig sind die im „Heilmittelverzeichnis zum Tarif AmbulantTOP“ aufgeführten Heilmittel/Therapien.

Diese werden bis zu den im vorgenannten Heilmittelverzeichnis aufgeführten Höchstsätzen erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden.

1.6 Ambulante Transportkosten
Erstattungsfähig sind bei nachgewiesener Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte vom Aufenthaltsort der versicherten Person zum nächsten geeigneten Arzt und zurück.

Erstattungsfähig sind zudem Fahrten vom Aufenthaltsort der versicherten Person zur Dialyse sowie Chemo- und Strahlentherapie und zurück.

1.7 Psychotherapeutische Behandlungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig.

1.8 Häusliche Behandlungspflege
Erstattungsfähig sind die Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegediensten durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Einschränkung der Leistungspflicht
Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, Heilpraktikerleistungen, vom Heilpraktiker verordnete Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Kurbehandlungen sowie zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen.

Nicht erstattungsfähig sind zudem die unter Abschnitt B 1 aufgeführten Leistungen, sofern diese im Ausland erbracht wurden. Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B sowie die im „Heilmittelverzeichnis zum Tarif AmbulantTOP“ aufgeführten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantTOP (AmbulantTOPpur)

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

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

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 (AmbulantTOPpur) erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif AmbulantTOP 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 D 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 (AmbulantTOPpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung 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.

Heilmittelverzeichnis zum Tarif AmbulantTOP

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
I.	**Inhalationen**	
01	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
02	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
03	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
04	Radon-Inhalation im Stollen	11,30
05	Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II.	**Krankengymnastik, Bewegungsübungen**	
06	Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, - einschl. der erforderlichen Massage	19,50
07	Gerätegestützte Krankengymnastik an Seilzug- und/oder Sequenztrainingsgeräten unter Berücksichtigung der Trainingslehre, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis 3 Personen; Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
08	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
09	Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
10	Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
11	Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
12	Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
13	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
14	Bewegungsübungen	7,70
15	Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Nachruhe	23,60
16	Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschl. der erforderlichen Nachruhe	11,80
17	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
18	Chirogymnastik - einschl. der erforderlichen Nachruhe	14,40
19	Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
20	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	5,20
21	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Peri'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III.	**Massagen**	
22	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80
23	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität	8,70
24	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 t/min. sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschl. der erforderlichen Nachruhe	23,10
IV.	**Packungen, Hydrotherapie, Bäder**	
25	Heiße Rolle - einschl. der erforderlichen Nachruhe	10,30
26	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschl. der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
27	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	a) als Teilpackung	20,50
	b) als Großpackung	28,20
28	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	14,90
29	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark o. ä.	7,70
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
30	Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
31	Wickel, Auflagen, Kompressen u. a. auch mit Zusatz	4,60
32	Trockenpackung	3,10
33	Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
34	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
35	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
36	An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	12,30
37	An- oder absteigendes Vollbad (z. B. Hauffe) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	20,25
38	Wechsel-Teilbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	9,20
39	Wechsel-Vollbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	13,30
40	Bürstenmassagebad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	19,27
41	Naturmoor-Halbbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	32,80
42	Naturmoor-Vollbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	39,90
43	Sandbäder - einschl. der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
44	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) mit Licht-Öl-Bad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	32,80
45	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
46	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschl. der erforderlichen Nachruhe	21,00
	d) Radon-Bad - einschl. der erforderlichen Nachruhe	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10
V.	**Kälte- und Wärmebehandlung**	
47	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
48	Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
49	Eisteilbad	9,80
50	Heißluftbehandlung oder Wärmebehandlung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI.	**Elektrotherapie**	
51	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	6,20
52	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
53	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
54	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
55	Iontophorese	6,20
56	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
57	Hydroelektronisches Vollbad (z. B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe	22,00
VII.	**Lichttherapie**	
58	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
	c) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	d) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
59	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
60	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII.	**Logopädie**	
61	Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70
62	Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal pro Behandlungsfall	49,60
63	Ausführlicher Bericht	11,80
64	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestdauer 60 Minuten	52,20
65	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

Leistung		erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR
IX.	**Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)**	
66	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
67	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
68	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
69	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
X.	**Podologie**	
70	Hornhautabtragung/-bearbeitung eines Fußes	8,70
71	Hornhautabtragung/-bearbeitung beider Füße	14,50
72	Nagelbearbeitung eines Fußes	7,25
73	Nagelbearbeitung beider Füße	13,05
74	Podologische Komplexbehandlung eines Fußes (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
75	Podologische Komplexbehandlung beider Füße (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
76	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	9,00
XI.	**Sonstiges**	
77	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
78	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges, je Kilometer	0,30

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif KlinikUNFALLpur
Ergänzungsschutz für stationäre Behandlung bei Unfall

Produktlinie Klinik

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall
100 % freie Krankenhauswahl sowie
100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
100 % gesetzliche Zuzahlung

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

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall
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
3 Unfallbegriff

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Stationäre Unterbringung
1.3 Krankenhauswahl
1.4 Krankenhaustagegeld
1.5 Gesetzliche Zuzahlungen
1.6 Sofortschutz
1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
1.6.2 Geltungsbereich
1.6.3 Voraussetzungen
2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
2.3 Rückführungskosten
2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten
3 Leistungsausschlüsse

C Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikUNFALLpur 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)
Versicherungsfähig nach dem Tarif KlinikUNFALLpur sind Personen,
– die in einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder
– deren Erstattungsleistungen nach diesem Tarif zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen oder
– die Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Endet die Versicherungsfähigkeit, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikUNFALLpur.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Unfallbegriff
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 gezerrt oder zerrissen werden.

Versicherungsschutz besteht auch
– für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
– bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
– für Erfrierungen,
– für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sowie
– für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

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.

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

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
Erstattungsfähig sind die, nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) zurückzuführenden, in Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.5.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.6.

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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.

1.2 Stationäre Unterbringung
Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

1.3 Krankenhauswahl
Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG, 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.

1.4 Krankenhaustagegeld
Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR.

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

1.5 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).

1.6 Sofortschutz
1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
Bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung 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 KlinikUNFALLpur.

1.6.2 Geltungsbereich
Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.6.3 Voraussetzungen
Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
– es liegt ein Unfall vor (vgl. Abschnitt A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und
– zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung 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.

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

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 für:

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.

2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus.

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 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 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.

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.

3 Leistungsausschlüsse
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle und deren Folgen:
- wenn diese als Berufssportler oder bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person überwiegend damit den Lebensunterhalt verdient, verursacht werden,
- wenn diese als Luftfahrzeugführer bzw. Luftbesatzungsmitglied verursacht werden,
- bei Geistes- oder Bewusstseinsstörungen der versicherten Person, auch soweit diese auf Trunkenheit (sofern der Blutalkoholgehalt bei Lenkern von motorisierten Fahrzeugen 0,8 Promille, bei allen anderen Unfällen 1,3 Promille überschreitet) oder der Einnahme von Rauschmitteln oder auf epileptischen Anfällen beruhen,
- für die eine vorsätzliche Straftat der versicherten Person zumindest mitursächlich ist;
  der Ausschluss gilt nicht für Unfälle infolge von Lenken eines Fahrzeugs ohne Führerschein, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person oder durch Strahlen verursacht werden;
  der Ausschluss gilt nicht für Heilmaßnahmen und Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, die durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren,
- die durch Kernenergie verursacht werden,
- bei der Ausübung von Motorrennsport;
  der Ausschluss gilt nicht für Unfälle bei Gokart-Fahrten, die als Freizeitvergnügen angeboten werden, kein besonderes Training erfordern und außerhalb des öffentlichen Straßenverkehrs stattfinden,
- bei Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen (ausgenommen Zeckenbisse) oder geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen (ausgenommen Tollwut und Wundstarrkrampf),
- bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund;
  der Ausschluss gilt nicht für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel),
- bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen,
- bei Schäden an Bandscheiben.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 50. 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.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikUNFALLpur

Produktlinie **Klinik**

1. Unter welcher Voraussetzung erhalte ich Leistungen aus dem Tarif?
Die tariflichen Leistungen werden für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Deutschland erstattet, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der 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 Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) ist Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (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).

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

4. Für welche Art der Unterbringung erhalte ich Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

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?
Werden keine Leistungen für Chefarztbehandlung, Unterkunft im Zweibettzimmer oder die Wahl eines anderen Krankenhauses in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) erstattet.

8. 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.

9. Welche Leistungen erhalte ich nach einem Unfall im Ausland?
Erstattungsfähig sind die Kosten der medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, des Krankentransports in das nächstgelegene Krankenhaus, eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports (nicht für Begleitperson) bzw. bei Tod der versicherten Person die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführungskosten.

10. In welchen Fällen ist die Leistung ausgeschlossen?
Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Unfall auf bestimmte Ursachen zurückzuführen ist, wie z. B. Trunkenheit oder Ausübung einer Straftat (die genaue Auflistung der Leistungsausschlüsse entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III B 3).

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif KlinikSTART
Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

Produktlinie Klinik

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall bzw. bei bestimmten schweren Erkrankungen
100 % freie Krankenhauswahl sowie
100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
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
3 Unfallbegriff
4 Schwere Erkrankungen

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikSTART
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 Gesetzliche Zuzahlungen
1.1.6 Sofortschutz
1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
1.1.6.2 Geltungsbereich
1.1.6.3 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 KlinikSTART
2 Voraussetzungen
3 Optionsvorteil
4 Beantragungsfrist
5 Unterbrechung des Optionsrechts
6 Beiträge
7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
4 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
5 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)

Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Teil II Abs. 5

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikSTART 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 KlinikSTART 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 KlinikSTART.

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

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Unfallbegriff

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 gezerrt oder zerrissen werden.

Versicherungsschutz besteht auch
- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sowie
- für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

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.

4 Schwere Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:
- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der oben genannten schweren Erkrankungen vorliegt, so endet der Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

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

1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikSTART

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 sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.1.5, sofern diese nachweislich auf
- einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) bzw.
- eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. Abschnitt A 4)

zurückzuführen sind.

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 1.1.6.

1.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

1.1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG, 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 bis B 1.1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 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 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).

1.1.6 Sofortschutz
1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß „Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen“ (Anlage) des Tarifs KlinikSTART.

1.1.6.2 Geltungsbereich
Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.1.6.3 Voraussetzungen
Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
– es liegt ein Unfall vor (vgl. Abschnitt A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt oder
– es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. Abschnitt A 4) und zur Behandlung dieser wird eine stationäre Heilbehandlung 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 (vgl. Abschnitt A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

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.

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 KlinikSTART
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 KlinikSTART 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.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikSTART 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 KlinikSTART 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 KlinikSTART 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

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)

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

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

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
Vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und die Versicherung wird automatisch nach dem Tarif KlinikSTART bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen weitergeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Umstellung 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 nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur) ohne Bildung von Alterungsrückstellungen weiterführen, kann er die Vertragsänderung innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach Wegfall der Sonderbedingungen durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung widerrufen.

4 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
Ergänzend zu Abschnitt E 3 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

5 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikSTART(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, die auf einen Unfall oder auf eine der folgenden schweren Erkrankungen zurückzuführen sind:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/ Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

2. Wie wird bei schweren Erkrankungen verfahren?
Sollte eine der vorgenannten Erkrankungen erst im Laufe der stationären Heilbehandlung festgestellt werden können, genügt ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht, um die tariflichen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Der Anspruch auf Leistungen erlischt spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose, wenn sich der Verdacht auf eine der vorgenannten schweren Erkrankungen nicht bestätigt.

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der 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.

4. Was ist die GOÄ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) ist Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (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).

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

5. Für welche Art der Unterbringung erhalte ich Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

6. 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 je Krankenhausaufenthalt erstattungsfähig.

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

8. Was geschieht, wenn ich keine Wahlleistungen in Anspruch nehme?
Werden keine Leistungen für Chefarztbehandlung, Unterkunft im Zweibettzimmer oder die Wahl eines anderen Krankenhauses in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

40 EUR für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) erstattet.

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 Krankenrücktransports (nicht für Begleitperson) bzw. bei Tod der versicherten Person die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführungskosten.

11. Welche Besonderheiten gelten für die Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)?
Die pur-Tarifvariante KlinikSTARTpur 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 jederzeit ein Wechsel in die entsprechende Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen und gleichem Leistungsumfang (von KlinikSTARTpur in KlinikSTART) 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 55. Lebensjahr vollendet, entfallen automatisch die Sonderbedingungen und die Versicherung wird nach Tarif KlinikSTART weitergeführt.

Ist ein Entfall der Sonderbedingungen nicht gewünscht, so kann der Versicherungsnehmer die Vertragsänderung innerhalb von zwei Monaten nach Entfall der Sonderbedingungen schriftlich widerrufen.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif KlinikPLUS
Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

Produktlinie Klinik

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall bzw. bei bestimmten schweren Erkrankungen
100 % freie Krankenhauswahl sowie
100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
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

Tarifleistungen ab Alter 60
Der Tarif KlinikPLUS erstattet ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, immer die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland und somit auch dann, wenn es sich nicht um einen Unfall oder eine bestimmte schwere Erkrankung nach diesem Tarif handelt. Dies gilt auch für den Krankenhaus-Sofortschutz.

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
3 Unfallbegriff
4 Schwere Erkrankungen

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS
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 Gesetzliche Zuzahlungen
1.1.6 Sofortschutz
1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
1.1.6.2 Geltungsbereich
1.1.6.3 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
2 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS ab Alter 60

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

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS (KlinikPLUSpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Ende der Versicherungsfähigkeit
4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur)

Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Teil II Abs. 5

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikPLUS 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 KlinikPLUS 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 KlinikPLUS.

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

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

3 Unfallbegriff

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 gezerrt oder zerrissen werden.

Versicherungsschutz besteht auch
- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sowie
- für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

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.

4 Schwere Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:
- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der oben genannten schweren Erkrankungen vorliegt, so endet der Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

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

1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS

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 sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.1.5, sofern diese nachweislich auf
- einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) bzw.
- eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. Abschnitt A 4)

zurückzuführen sind.

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 1.1.6.

1.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

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 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

1.1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG, 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 bis B 1.1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 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 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).

1.1.6 Sofortschutz
1.1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung 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 KlinikPLUS.

1.1.6.2 Geltungsbereich
Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.1.6.3 Voraussetzungen
Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
– es liegt ein Unfall vor (vgl. Abschnitt A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt oder
– es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. Abschnitt A 4) und zur Behandlung dieser wird eine stationäre Heilbehandlung 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 (vgl. Abschnitt A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

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.

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.

2 Leistungsumfang nach Tarif KlinikPLUS ab Alter 60
Mit Beginn des Kalenderjahres der Vollendung des 60. Lebensjahres bestehen die Leistungsansprüche gemäß Abschnitt B 1.1.1 bis 1.1.6 unabhängig vom Vorliegen eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung.

C Optionsrecht

1 Optionsrecht nach Tarif KlinikPLUS
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 KlinikPLUS 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.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikPLUS 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 KlinikPLUS 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 KlinikPLUS 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

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikPLUS (KlinikPLUSpur)

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

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

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur) erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif KlinikPLUS 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 55 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 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. bzw. 45. 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikPLUS(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, die auf einen Unfall oder auf eine der folgenden schweren Erkrankungen zurückzuführen sind:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/ Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Zusätzlich erstattet der Tarif KlinikPLUS(pur) ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, immer die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland und somit auch dann, wenn es sich nicht um einen Unfall oder eine bestimmte schwere Erkrankung handelt.

2. Wie wird bei schweren Erkrankungen verfahren?
Sollte eine der vorgenannten Erkrankungen erst im Laufe der stationären Heilbehandlung festgestellt werden können, genügt ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht, um die tariflichen Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Der Anspruch auf Leistungen erlischt spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose, wenn sich der Verdacht auf eine der vorgenannten schweren Erkrankungen nicht bestätigt.

3. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der 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.

4. Was ist die GOÄ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) ist Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (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).

Wird eine von der geltenden GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht nur Leistungspflicht bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

5. Für welche Art der Unterbringung erhalte ich Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

6. 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.

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

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

8. Was geschieht, wenn ich keine Wahlleistungen in Anspruch nehme?
Werden keine Leistungen für Chefarztbehandlung, Unterkunft im Zweibettzimmer oder die Wahl eines anderen Krankenhauses in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) erstattet.

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 Krankenrücktransports (nicht für Begleitperson) bzw. bei Tod der versicherten Person die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführungskosten.

11. Welche Besonderheiten gelten für die Sonderbedingungen (KlinikPLUSpur)?
Die pur-Tarifvariante KlinikPLUSpur 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 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit ein Wechsel in die entsprechende Tarifvariante mit Alterungsrückstellungen und gleichem Leistungsumfang (von KlinikPLUSpur in KlinikPLUS) 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 55. Lebensjahr vollendet, entfallen die Sonderbedingungen und es erfolgt eine obligatorische Fortführung der Versicherung nach Tarif KlinikPLUS.

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

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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 Bundespflegesatzverordnung (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 gezerrt 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 Vomhundertsatz 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

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 Leitungen 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.

Dieses Informationsblatt ist ein Auszug aus dem Tarif. Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

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 Krankenrücktransports (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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen

Produktlinie Klinik

Die nachfolgend dargestellten Sofortschutz-Leistungen werden unter den in den Tarifen KlinikUNFALLpur, 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
- Kraftfahrzeughilfe
- 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

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif ZahnBASISpur
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
50 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
50 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
50 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 2.000 EUR jährlich.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnBASISpur 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)
Der Tarif ZahnBASISpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnBASISpur.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für
- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

2 Erstattungshöhe
2.1 Zahnersatz
Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 50 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 50 % erstattet.

2.3 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
50 % von 250 EUR = 125 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR
= 75 EUR Erstattungsbetrag.

2.4 Erstattungshöchstsätze
Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar
- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR

- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000 EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 2.000 EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Ziffern 1000 - 1040 GOZ.

3.3 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.4 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. 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.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif ZahnSTARTpur
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
50 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
50 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
50 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
50 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 2.000 EUR jährlich.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Gesundheitsprüfung
4 Beantragungsfrist
5 Unterbrechung des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnSTARTpur 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)
Der Tarif ZahnSTARTpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnSTARTpur.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für
– Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
– Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
– Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
– Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe
2.1 Zahnersatz
Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 50 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 50 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen
Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 50 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 75 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
50 % von 250 EUR = 125 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR
= 75 EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze
Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar
– im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR

– im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000 EUR
– ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf 2.000 EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:
Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 500 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
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 ZahnSTARTpur das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

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

3 Gesundheitsprüfung
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 entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

5 Unterbrechung des Optionsrechts
Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif ZahnSTARTpur in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

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

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. 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.

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif ZahnPLUS
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
70 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
70 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
70 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
70 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 4.000 EUR jährlich.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Alterungsrückstellung
4 Gesundheitsprüfung
5 Beantragungsfrist
6 Unterbrechung des Optionsrechts
7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnPLUS 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)
Der Tarif ZahnPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnPLUS.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für
- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe
2.1 Zahnersatz
Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 70 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 70 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen
Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 70 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 105 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
70 % von 250 EUR = 175 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR
= 125 EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze
Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

– im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)	
vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR
– im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen	2.000 EUR
– ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf	4.000 EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:
Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 700 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
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 ZahnPLUS das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

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

3 Alterungsrückstellung
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.

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

5 Beantragungsfrist
Das Optionsrecht entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

6 Unterbrechung des Optionsrechts
Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif ZahnPLUS in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz
Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)

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

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

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A 1 versicherungsfähige Personen ab Geburt.

3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif ZahnTOP
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

Produktlinie Zahn

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung
90 % Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung
90 % Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung
90 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres
90 % Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR. Ab dem fünften Kalenderjahr besteht keine Begrenzung.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Anpassungsvorschriften

D Sonderbedingungen nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnTOP 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)
Der Tarif ZahnTOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV und besteht kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnTOP.

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 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für
- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000 - 1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe
2.1 Zahnersatz
Werden die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 90 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen
Die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 90 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 135 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung einer GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber einer GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt:
90 % von 250 EUR = 225 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR
= 175 EUR Erstattungsbetrag.

2.5 Erstattungshöchstsätze
Wird eine von der GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar
- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR

- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000 EUR

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt:
Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der in Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 900 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier in Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Leistungserbringer nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonderbedingungen nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)

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

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

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind nach Abschnitt A 1 versicherungsfähige Personen ab Geburt.

3 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

4 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 40., 45., 55. bzw. 65. 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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife GE und R-GE – Ergänzungstarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife GE und R-GE gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Der Tarif GE bzw. R-GE kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE bzw. R-GE.

1.2 Abweichend von § 1 Abs. 4 Teil I und II endet der Versicherungsschutz nach Abschnitt B 1.4 - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung einer Auslandsreise bzw. nach Ablauf der 6. Woche einer Auslandsreise. Ist eine versicherte Person nachweislich infolge Krankheit oder Unfall zu diesem Zeitpunkt im Ausland transportunfähig, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen für Leistungen nach Abschnitt B 1.4.

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach Abschnitt B 1.2 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

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

1 Leistungsumfang
1.1 Sehhilfen
Die nach Vorleistung durch die GKV verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) werden bis zu 165 EUR erstattet. Sind die Voraussetzungen für die Leistung der GKV nicht erfüllt, besteht aus diesem Tarif ebenfalls ein Anspruch bis zu 165 EUR, falls eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien vorliegt, ansonsten alle drei Kalenderjahre.

1.2 Zahnersatz
Erstattungfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 20 % der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern Ä 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 20 % erstattet, soweit kein Leistungsanspruch für diese Leistungen gegenüber der GKV besteht.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (20 %) = 200 EUR).

Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 200 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 300 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 400 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 500 EUR begrenzt. Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

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

Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

1.3 Kurtagegeld
Für die Dauer einer Vorsorge- oder Rehabilitationskur wird ein Kurtagegeld von 8,25 EUR gezahlt, längstens jedoch für 28 Tage innerhalb von drei Jahren. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die Kosten der Kur aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind.

1.4 Heilbehandlung bei Auslandsreisen
Erstattet werden bei vorübergehenden Reisen bis zu jeweils sechs Wochen Dauer die im Ausland durch akut aufgetretene Erkrankungen oder Unfälle entstandenen erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung und stationäre Krankenhausbehandlung sowie die erstattungsfähigen Kosten eines Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- oder Überführungskosten.

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

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Auslandsreisen zählen die Kosten für:

1.4.1 Ambulante ärztliche Leistungen
Die Leistungen von Ärzten umfassen insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten sowie Wegegebühren.

1.4.2 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie sowie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

1.4.3 Medikamente und Verbandmittel
Arzneimittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer Apotheke bezogen werden. In gleicher Weise wird für Verbandmaterial geleistet.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. ä. sowie Mittel, die gewohnheitsmäßig genommen werden.

1.4.4 Physikalisch-medizinische Leistungen
Ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, medico-mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes.

1.4.5 Zahnleistungen
Zahnbehandlungen, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Prothesen.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie.

1.4.6 Stationäre Behandlung im Krankenhaus
Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie die Kosten für notwendige Krankentransporte.

1.4.7 Rückführungskosten
Rückführungskosten bei schwerer Erkrankung bzw. Unfall. 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 eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.

1.4.8 Bestattungskosten - Überführungskosten
Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu 11.000 EUR erstattet.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-GE noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähig sind Personen, die
– in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten,
– eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben,
– nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Anspruch auf Familienversicherung haben. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs,

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Schul-, Studienzeit oder der Anspruch auf Familienversicherung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit der Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

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

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

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife GE-PLUS und R-GE-PLUS – Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife GE-PLUS und R-GE-PLUS gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif GE-PLUS bzw. R-GE-PLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer Versicherung nach dem Tarif GE bzw. R-GE bestehen. Endet eine dieser Versicherungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE-PLUS bzw. R-GE-PLUS.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten für Zahnersatz nach Abschnitt B 1.4 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

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

1 Leistungsumfang
1.1 Heilmittel
Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für ärztlich verordnete Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen) werden mit 80 % erstattet. Als Kostennachweis ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

1.2 Hilfsmittel
Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel (nicht Sehhilfen) werden mit 80 % erstattet. Ferner werden für die nachstehend aufgeführten Hilfsmittel (Sprechgeräte, Krankenfahrstuhl, Prothesen, Perücke nach Haarausfall infolge einer Chemotherapie) die nach Vorleistung der GKV verbliebenen Kosten mit 80 % erstattet. Sind die Voraussetzungen für eine Leistung der GKV nicht erfüllt, besteht auch aus diesem Tarif kein Anspruch. Die Leistungen sind auf insgesamt 1.100 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker
Erstattet werden zu 80 % bis maximal 550 EUR im Kalenderjahr die Kosten für Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker.

Erstattungsfähig sind wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) sowie wissenschaftlich anerkannte Arzneimittel.

Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.4 Zahnersatz
1.4.1 Erstattungfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 10 % der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern Ä 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 10 % erstattet, soweit kein Leistungsanspruch für diese Leistungen gegenüber der GKV besteht.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (10 %) = 100 EUR).

1.4.2 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

1.4.3 Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

1.4.4 Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 100 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 150 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 200 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 250 EUR begrenzt. Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

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

1.4.5 Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE-PLUS

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-GE-PLUS noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähig sind Personen, die
– in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten,
– eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben,
– nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Anspruch auf Familienversicherung haben. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs;

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Schul-, Studienzeit oder der Anspruch auf Familienversicherung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit der Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

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

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

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife GE-TOP und R-GE-TOP – Ergänzungstarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife GE-TOP und R-GE-TOP gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer Versicherung nach dem Tarif GE bzw. R-GE bestehen. Endet eine dieser Versicherungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten für Zahnersatz nach Abschnitt B 1.5 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

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

1 Leistungsumfang
1.1 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 80 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für:
– Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V),
– Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V),
– Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V) sowie
– Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattung der vorgenannten Zuzahlungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.2 Hilfsmittel
Erstattet werden zu 80 % die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für folgende Hilfsmittel:
Hörgeräte, Sprechgeräte, Krankenfahrstuhl, Prothesen und Perücke nach Haarausfall infolge einer Chemotherapie.

Die Erstattung der Kosten für die vorgenannten Hilfsmittel ist auf insgesamt 550 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
1.3.1 Erstattet werden zu 80 % alle zwei Kalenderjahre
a) Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den „Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“ und in den „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.
b) Erweiterte Vorsorgeuntersuchungen ab dem 30. Lebensjahr im Rahmen eines Life-Style-Checks (Beratung, EKG, Blutdruckmessung, Bestimmung Body-Mass-Index, Labor).
c) Im Rahmen der Schlaganfallvorsorge ab dem 50. Lebensjahr die Untersuchung der Hirngefäße mittels Ultraschall/Duplex-Sonographie.
d) Im Rahmen der Hautkrebsvorsorge ab dem 25. Lebensjahr eine videosystemgestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen.

Die Erstattung der vorgenannten Untersuchungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.3.2 Für erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, welche nicht in den „Kinder-Richtlinien“ für Neugeborene genannt sind, werden 80 % bis maximal 200 EUR erstattet.

1.3.3 Für Schutzimpfungen im Rahmen von Reisen werden die Kosten für Hepatitis A, FSME und Typhus zu 80 % insgesamt bis maximal 200 EUR erstattet.

1.4 Naturheilkunde durch Ärzte und Heilpraktikerleistungen
Erstattet werden zu 80 % bis 550 EUR pro Kalenderjahr die Kosten für Heilpraktikerleistungen sowie naturheilkundliche Leistungen von Ärzten, einschließlich der während der Behandlung verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, naturheilkundlichen Arzneimittel.

Erstattungsfähig sind wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit ärztliche Leistungen im Rahmen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Heilpraktikerleistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) abgerechnet werden, sowie wissenschaftlich anerkannte Arzneimittel.

Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u. ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Zahnersatz
1.5.1 Erstattungfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 10 % der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern Ä 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 10 % erstattet.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf maximal sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (10%) = 100 EUR).

1.5.2 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

1.5.3 Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

1.5.4 Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 100 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 150 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 200 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 250 EUR begrenzt. Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

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

1.5.5 Heil- und Kostenplan
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

1.6 Krankenhausleistungen
1.6.1 Es werden die Mehrkosten erstattet, welche bei den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) verbleiben, wenn ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wird, sofern 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.

Für medizinisch notwendige Heilbehandlungen in Krankenhäusern, die gemäß § 108 SGB V für die GKV nicht zugelassen sind bzw. mit denen gemäß § 109 SGB V kein Versorgungsvertrag geschlossen wurde, werden Kosten in Höhe von maximal 100 EUR für allgemeine Krankenhausleistungen pro Kalendertag erstattet.

Der Versicherer ist bei planbaren stationär notwendigen Krankenhausaufenthalten rechtzeitig vor Aufnahme in das Krankenhaus über die Behandlungsmaßnahme zu informieren.

1.6.2 Zusätzlich werden die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs.4 SGB V) sowie für stationäre Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V) erstattet.

1.6.3 Rooming in
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonstige Bestimmungen

1 Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen sowie für die Hilfsmittelerstattung ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden.
Sind zustehende Geld- bzw. Sachleistungen der GKV für die im Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der GKV auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV ist dies durch eine Bescheinigung der GKV zu bestätigen.

4 Belege können einzeln oder gesammelt jederzeit eingereicht werden. Sofern mehr als einmal pro Kalenderjahr der Gesamtrechnungsbetrag je Leistungsabrechnung den Betrag von 200 EUR unterschreitet, werden zusätzlich vom Erstattungsbetrag 20 EUR abgezogen, maximal jedoch der tatsächliche Erstattungsbetrag.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE-TOP

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten für den Tarif R-GE-TOP noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähig sind Personen, die
– in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten,
– eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben,
– nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Anspruch auf Familienversicherung haben. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs;

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Schul-, Studienzeit oder der Anspruch auf Familienversicherung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit der Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

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

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

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Leistungsübersicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen für die Tarife GE-TOP und GE-TOP-S

Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung nach gesetzlich eingeführten Programmen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den „Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“ und „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind. Im Folgenden ist definiert, welche Kosten (Gebührenziffern) die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. anerkennt.

1. Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit (Gesundheitsuntersuchung)

Für Männer und Frauen:
Einmal innerhalb von zwei Jahren kann folgende Untersuchung erfolgen.

Anamnese (Vorgeschichte):
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
und
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Laboruntersuchungen Blut und Urin:
Ziffer 250 GOÄ Blutentnahme
Ziffer 3560 GOÄ Glukose
Ziffer 3562 H1 GOÄ Cholesterin
Ziffer 3511 GOÄ Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust (bzw. Prostata), der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms - einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl.

a) Für Männer:
Bei Männern haben die Untersuchungen folgenden Umfang:

Ziffer 28 GOÄ Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Männern wird zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt:

Tastuntersuchung des Enddarms

b) Für Frauen:
Bei Frauen haben die Untersuchungen folgenden Umfang:

Ziffer 27 GOÄ Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 8 GOÄ Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus)

Spiegeleinstellung der Portio
Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
Ziffer 4851 GOÄ zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Bei Frauen kann zusätzlich folgende, nicht gesondert abrechnungsfähige, Untersuchung durchgeführt werden:

Abtasten der Brustdrüse und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung der Brust.

Zusätzlich kann bei Frauen folgende Untersuchung durchgeführt werden:

Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms
2x Ziffer 5266 GOÄ Mammographie
(ggf.Ziffer 5298 GOÄ Zuschlag)

Mammographie-Screening (Röntgenuntersuchung der Brust), Anspruch im Abstand von 24 Monaten

c) Für Männer und Frauen:
Für Männer und Frauen werden speziell zur Darmkrebsfrüherkennung folgende Untersuchungen durchgeführt:

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Koloskopie:
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata
Ziffer 451 GOÄ Intravenöse Kurznarkose

alternativ hierzu
Ziffer 452 GOÄ Intravenöse Narkose - mehrmalige Verabreichung
Ziffer 602 GOÄ Oxymetrische Untersuchung
Ziffer 650 GOÄ EKG zur Kontrolle von Rhythmusstörungen
Ziffer 687 GOÄ Hohe Koloskopie
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

oder wahlweise
Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)

Anspruch besteht alle zwei Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien.

Für Männer und Frauen werden speziell zum Hautkrebs-Screening folgende Untersuchungen durchgeführt:

Früherkennungsuntersuchung zur Feststellung von Hautkrebs, Anspruch besteht alle zwei Jahre

Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen

(alternativ
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung)
Ziffer 75 GOÄ Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif Z 50-3
Zahnkostentarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif Z 50-3 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

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif Z 50-3 kann zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet diese Versicherung oder dieser Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif Z 50-3.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten gemäß § 3 Abs. 3 Teil I gelten auch dann, wenn sie bei anderen Tarifen gemäß § 3 Teil II wegen Vorlage eines ärztlichen Untersuchungsbefundes fortfallen.

Sie entfallen für unfallbedingte Zahnersatzleistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Leistungsumfang
1.1 Kostenerstattung
1.1.1 Erstattungsfähig sind Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Zahnersatz einschließlich Reparaturen sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe sowie Zahn- und Kieferregulierung. Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1020 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind bis zum Regelhöchstsatz (2,3-fachen Gebührensatz) erstattungsfähig.

1.1.2 Diese Kosten werden, soweit sie nicht durch anderweitigen Versicherungsschutz gedeckt sind, im Rahmen der geltenden GOZ zu 50 % bis zu dem in Abschnitt B 1.2 genannten Höchstsatz erstattet.

Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

1.1.3 Als durch anderweitigen Versicherungsschutz gedeckte Kosten gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte gemäß § 53 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) und Prämienzahlungen gemäß § 53 Abs. 2 SGB V.

1.2 Höchstsatz
Der Höchstsatz beträgt pro Kalenderjahr 1.280 EUR.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife EKH und R-EKH
Krankenhaustagegeldtarife

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EKH und R-EKH gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen, wenn außer der Krankenhaustagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. besteht.

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

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1.1 Krankenhaustagegeld bei stationärer Krankenhausheilbehandlung ohne zeitliche Begrenzung

1.1.1 Gemäß der versicherten Leistungsstufe wird das Krankenhaustagegeld für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Das gilt auch bei Entbindungen im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

1.1.2 Bei ärztlicher Einweisung in einen Sanitätsbereich oder eine diesem gleichstehende Einrichtung wird das Krankenhaustagegeld nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 10 Tagen für jeden folgenden Tag eines solchen Aufenthaltes gezahlt.

1.1.3 Der Aufnahme – und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.2 Wochenbettpauschale
Werden für den stationären Aufenthalt bei einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim nicht mehr als 3 Tage in Rechnung gestellt, so werden neben dem Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.1.1 die Kosten der Wochenbettpflege pauschal mit dem 2,5-fachen Satz des versicherten Krankenhaustagegeldes abgegolten.

1.3 Die Tarifbezeichnung wird um die versicherte Leistungsstufe ergänzt (Beispiel: EKH 50).

C Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EKH

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A und B gelten für den Tarif R-EKH noch folgende Bestimmungen:

1 Versicherungsfähig sind Personen, die
– in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütung) erhalten
– eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben
– nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Anspruch auf Familienversicherung haben. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Schul-, Studienzeit oder der Anspruch auf Familienversicherung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres bzw. für Tarif R-EKH mit geschlechtsunabhängiger Kalkulation der Beiträge (Unisex) mit Vollendung des 39. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

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

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

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25., 30. bzw. 34. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif KurPLUS
Kurtagegeldtarif

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KurPLUS 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

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 Definition des Kurbegriffs
Als Kur im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussrehabilitation in:

- anerkannten Heilbädern,
- Kur oder Badeorten,
- Kurkrankenanstalten unter ständiger ärztlicher Aufsicht,
- Sanatorien,
- Heilstätten oder Krankenanstalten, die Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen.

2 Leistungsumfang
2.1 Im Rahmen dieses Tarifs wird ein Kurtagegeld bei einer zielgerichteten medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Kur erbracht.

2.2 Die Leistungen werden innerhalb von drei Kalenderjahren bis zur Dauer von 30 Tagen gezahlt. Der Dreijahreszeitraum umfasst jeweils das Jahr des letzten Tages der Kur und die beiden vorangegangenen Jahre.

2.3 Das Kurtagegeld kann in einem Vielfachen von 5 EUR abgeschlossen werden. Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Tagessatz ergänzt (Beispiel: KurPLUS 20).

3 Leistungsvoraussetzungen
3.1 Ein Anspruch auf das Tagegeld besteht nur, wenn die Kur eine Mindestdauer von 14 Tagen hat und folgende Unterlagen vorgelegt werden:

- ein vor Beginn der Kurbehandlung erstelltes ärztliches Attest des behandelnden Haus- bzw. Facharztes als Nachweis über die medizinische Notwendigkeit. Dieser Nachweis hat die relevanten Diagnosen, eine ausführliche Begründung über die Notwendigkeit und eine Verordnung über Art und Umfang der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu enthalten;
- ein ärztlich erstellter Kur- bzw. Therapieplan (nicht erforderlich im Falle einer Anschlussrehabilitation) und
- ein Abschlussbericht eines (Kur-)Arztes, der die Dauer und Durchführung der zielgerichteten, medizinisch notwendigen Kur bestätigt.

3.2 Bei ambulanten Kuren, bei denen es sich nicht um eine Anschlussrehabilitation handelt, darf die Kur ergänzend zu Abschnitt B 3.1 nicht am ständigen Wohnsitz der versicherten Person durchgeführt werden.

3.3 Ein Kurgeld bei einer Kur im Ausland wird ungeachtet der unter Abschnitt B 3.1 bis 3.2 genannten Voraussetzungen nur nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erbracht.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Ring-Schutz-Tarife
Ergänzungsversicherung Krankenhauskosten-Tarif clinic +

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen (Teil III)

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Nach diesem Tarif sind Personen versicherungsfähig, die Anspruch auf Leistungen eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. innerhalb zweier Monate schriftlich anzuzeigen.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif	Kostenersatz
clinic +	100 % der erstattungsfähigen Differenzkosten bei Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

1 Erstattungsfähige Kosten
Erstattungsfähig sind bei stationärer Krankenhausbehandlung die nach Vorleistung eines Krankenversicherungsträgers verbleibenden unter Buchstabe a) bis d) genannten Kosten. Die Vorleistung muss dem Grunde und der Höhe nach den Leistungen der deutschen GKV entsprechen.

a) gesondert berechenbarer Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer
b) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe
c) gesondert berechenbare Leistungen des Wahl- oder Belegarztes sowie Geburtshilfe während der Zeit der vor- und nachstationären Behandlung. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.
d) medizinisch notwendige Krankentransporte (ausgenommen Fahrten in Privatfahrzeugen)

Hat der Versicherte innerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein anderes Vertragskrankenhaus der GKV gewählt als in der ärztlichen Einweisung genannt und hat die GKV ihm deshalb die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt, sind auch diese Mehrkosten erstattungsfähig.

Soweit durch Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der GKV Kosten entstehen (z. B. gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen, Gebühren und Abschläge), sind diese nicht erstattungsfähig.

Werden keine Leistungen eines Krankenversicherungsträgers nachgewiesen oder entsprechen diese Leistungen dem Grunde und der Höhe nach nicht den Leistungen der deutschen GKV, gilt:

Es sind nur die Kosten für solche Leistungen (Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, wahlärztliche Behandlung) erstattungsfähig, die die allgemeinen Krankenhausleistungen (in der Regel 3. oder Allgemeine Pflegeklasse) des dem Wohnort nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses in der Bundesrepublik Deutschland übersteigen.

Wichtiger Hinweis für einen Krankenhausaufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland:
In bestimmten Fällen leistet die GKV nicht oder nur eingeschränkt. Die dann verbleibenden oder zusätzlichen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen sind nicht Gegenstand dieses Tarifs.

2 Begleitpersonen
Bei Krankenhausaufenthalt eines nach diesem Tarif versicherten Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zu einer Dauer von 14 Tagen erstattungsfähig, höchstens 30 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das Kind noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat.

3 Kurtagegeld
Bei einem Kuraufenthalt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung besteht Anspruch auf Kurtagegeld von 21 EUR je Tag des Kuraufenthaltes bis zu einer Dauer von 28 Tagen. Voraussetzung für die Leistung ist, dass eine Kurbehandlung nach Beendigung eines mindestens zehn Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes innerhalb von zwei Monaten begonnen wird, von dem behandelnden Arzt des Krankenhauses aus medizinischen Gründen verordnet worden ist und nachweislich unter ärztlicher Kontrolle durchgeführt wird.

4 Regelungen für Sonderfälle
Berechnung einer anderen Unterkunft
a) Wurde kein Zuschlag für Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer berechnet, so werden stattdessen für Erwachsene 36 EUR, für Kinder und Jugendliche 18 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Keine wahlärztliche Behandlung gemäß Ziffer 1b)
b) Wurden keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen für Erwachsene 30 EUR, für Kinder und Jugendliche 15 EUR Krankenhaustagegeld gezahlt.

Vor- und nachstationäre Behandlung gemäß Ziffer 1c)
c) Wurde eine vor- und/oder nachstationäre Behandlung durchgeführt, jedoch keine gesondert berechenbaren Leistungen des Wahlarztes in Anspruch genommen, so werden stattdessen folgende Pauschalabgeltungen gezahlt:
   – Vorstationäre Behandlung:
     Erwachsene 60 EUR
     Kinder und Jugendliche 30 EUR
   – Nachstationäre Behandlung:
     Erwachsene 60 EUR
     Kinder und Jugendliche 30 EUR

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

Wird ein Zuschlag für Unterkunft nicht getrennt von den anderen Krankenhausleistungen berechnet, so gilt als Zuschlag die Differenz zwischen dem Pflegesatz für ein Einbettzimmer (1. Pflegeklasse) oder Zweibettzimmer (2. Pflegeklasse) und dem Pflegesatz für die kostengünstigste Pflegeklasse (in der Regel ein Drei- oder Mehrbettzimmer) des aufgesuchten Krankenhauses.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif clinic +: Sonderbedingungen

für Schüler, Studenten und Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II), soweit durch diese Sonderbedingungen für die Dauer der Ausbildung, der Schulzeit bzw. des Studiums keine abweichenden Vereinbarungen getroffen werden.

Sonderbedingungen

1 Wartezeiten
Die Wartezeiten entfallen.

2 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 25. bzw. 30. Lebensjahr vollendet wird, gilt der Beitrag für die dann erreichte Altersgruppe. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 MB/KK 2009.

Auch für diese Beiträge gilt § 8b MB/KK 2009 (Beitragsanpassung).

Ende der Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen entfallen
1. mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als sechs Monate unterbrochen wird,
2. für jede versicherte Person spätestens mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie das 35. Lebensjahr vollendet,
3. hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem dieser berufstätig wird.

Eine Verlängerung der Sonderbedingungen über das Ausbildungsende hinaus ist für maximal fünf Jahre, längstens jedoch bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird, möglich, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich erklärt.

Vom 1. Januar des auf den Fortfall der Sonderbedingungen folgenden Kalenderjahres an gelten ausschließlich Tarif und Allgemeine Versicherungsbedingungen für den versicherten Tarif. Vom gleichen Zeitpunkt an ist der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter als neuem Eintrittsalter zu zahlen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen, desgleichen die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit des Ehegatten.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung

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

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I MB/KT

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(4) 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.

(5) 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; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch 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.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Teil II

(1) In den Tarifen mit Karenzzeiten ab 42 Tage werden Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung seines Entgeltes zusammenzählen darf, auch hinsichtlich der Karenzzeit zusammengezählt.

(2) Der Tarif kann Regelungen für eine Teilarbeitsunfähigkeit vorsehen.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

Teil I MB/KT

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang).

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer unverzüglich nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
Teil I MB/KT
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.

Teil II
(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird.

(2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.

(3) Bei Übertritt aus einem Tarif mit niedrigeren Leistungen bzw. bei Erweiterung des Versicherungsschutzes und/oder bei Wahl kürzerer Karenzzeiten (Umstufungen) finden die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes entsprechende Anwendung. Als Versicherungsbeginn gilt der im Versicherungsschein genannte Zeitpunkt. Der Versicherer kann die Annahme des Antrages auf Umstufungen von besonderen Bedingungen abhängig machen. Insbesondere kann er zu den Beiträgen einen Risikozuschlag auf den der Mehrleistung entsprechenden Beitragsteil erheben oder die Leistungen für bestehende Krankheiten auf den bisherigen Leistungsumfang beschränken. Auf laufende Versicherungsfälle bezieht sich eine Umstellung, bei der eine Leistungsverbesserung erzielt wird, nicht.

(4) Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrages und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Karenzzeit liegen. Dabei rechnet die Karenzzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

§ 3 Wartezeiten
Teil I MB/KT
(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für 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 privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 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
Der Tarif kann Regelungen für einen Verzicht auf Wartezeiten vorsehen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
Teil I MB/KT
(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von zwölf Monaten unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.
Für einen Arbeitnehmer sind die letzten zwölf Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten zwölf Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

(8) 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.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(10) 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, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b),

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) Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I und ergänzend zu § 4 Abs. 4 Teil I gilt für die Ermittlung des Nettoeinkommens Folgendes:

a) Arbeitnehmer
Bei Arbeitnehmern errechnet sich das Nettoeinkommen aus der versicherten nichtselbstständigen Tätigkeit wie folgt:
Ausgehend von dem auf den Monat umgerechneten Bruttolohn bzw. -gehalt werden von diesem die Lohn- und Kirchensteuer, der Solidaritätszuschlag sowie die Arbeitnehmeranteile zu den Beiträgen zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung abgezogen. Hinzuaddiert wird, wenn kein Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, der Arbeitgeberanteil zu den Beiträgen zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung. Eine Absicherung von 80 % des Gesamtbeitrags (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) zur Rentenversicherung ist zusätzlich möglich.
Zusätzliche Einkünfte aus zusätzlich versicherter selbstständiger Tätigkeit sind nach den Regeln des Teil II Abs. 1b) zu bestimmen.

b) Selbstständige
Bei versicherter selbstständiger Tätigkeit (z. B. Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, freiberufliche Tätigkeit) errechnet sich das Nettoeinkommen wie folgt:
Ausgehend vom Bruttoeinkommen (dies ist der Gewinn gemäß § 4 Abs. 3 EStG - siehe Anhang) werden von diesem die über den Steuerbescheid nachgewiesene Einkommens- sowie Kirchensteuer und der Solidaritätszuschlag abgezogen. Hinzu können die Beiträge zur eigenen privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie gesetzlichen Rentenversicherung addiert werden.
Liegt der Steuerbescheid noch nicht vor, gilt als Ausgangswert pauschal 75 % des Bruttoeinkommens.

(2) Ergänzend zu § 4 Abs. 3 Teil I ist der Versicherungsnehmer nur dann verpflichtet dem Versicherer die Minderung des Nettoeinkommens mitzuteilen, wenn die Differenz des abgesunkenen und auf den Tagessatz umgerechneten Nettoeinkommens mehr als 10 % zum tatsächlich versicherten Krankentagegeldsatz beträgt. Ebenfalls verpflichtet zur Mitteilung ist der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Nettoeinkommenssenkung, wenn er nicht nachweisen kann, dass von diesem Zeitpunkt an gerechnet in einem halben Jahr das Nettoeinkommen wieder auf die ursprüngliche Höhe oder darüber hinaus steigen wird. Beträgt die Senkung des Nettoeinkommens nicht mehr als 10 % zum tatsächlich versicherten Krankentagegeldsatz oder dauert die Absenkung des Nettoeinkommens nicht länger als ein halbes Jahr an, verzichtet der Versicherer auf sein Herabsetzungsrecht.

(3) Abweichend von § 4 Abs. 4 Teil I wird die Leistungsverpflichtung für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall nicht berührt, wenn der Versicherer von seinem Recht auf Herabsetzung des Tagegeldes Gebrauch macht.

(4)

a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.

b) Entsprechend § 4 Abs. 3 Teil I ist bei einer nicht nur vorübergehenden Verlängerung der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen.

c) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Gehalt bei Arbeitsunfähigkeit über die vereinbarte Karenzzeit hinaus gezahlt wird, so kann er entsprechend § 4 Abs. 4 Teil I ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall eingetreten ist oder nicht, den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis auf die der Gehaltsfortzahlung entsprechend längere Karenzzeit umstellen.

d) Bis zum Zeitpunkt der Umstellung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

(5) Dem Versicherungsnehmer wird spätestens alle drei Jahre Gelegenheit gegeben, das vereinbarte Krankentagegeld entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung der letzten Jahre zu erhöhen. Das versicherbare Krankentagegeld der versicherten Personen darf dabei nicht überschritten werden. Die Anpassung (Erhöhung) kann nur auf einem dem Versicherungsnehmer im jeweiligen Anpassungsjahr übersandten Vordruck beantragt werden. Das Antragsformular nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann, und die Frist, innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss. Sind die Antragsvoraussetzungen erfüllt, muss der Versicherer den fristgerecht eingehenden Antrag ohne erneute Risikoprüfung annehmen; die Anpassung wird dann ohne erneute Wartezeiten zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang des Antrags beim Versicherer folgt.

(6) Erhöht sich das Nettoeinkommen aufgrund individueller Einkommenssteigerungen (auch nachdem der Versicherungsnehmer zuvor bedingungsgemäß zur Herabsetzung verpflichtet war) oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers (bei Arbeitnehmern z. B. in Verbindung mit Vorlage der Gehaltsabrechnung, bei Selbstständigen z. B. per Vorlage des Steuerbescheids) eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel des Tarifs). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß § 1 Abs. 5 Teil I mit der Ausnahme Anwendung, dass für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung entfallen, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens gestellt wird und sich vom Umfang auf die tatsächliche Änderung beschränkt.
Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, beantragt werden. Vom Versicherungsnehmer ist zu bestätigen, dass die beantragte Erhöhung des Krankentagegeldes der Erhöhung des Nettoeinkommens entspricht, zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigt und der Leistungsbeginn des neuen Tarifs nicht in die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts fällt. Auf Verlangen des Versicherers sind entsprechende Nachweise zu erbringen.
Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat.
Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.

(7) Der Tarif kann weitere Regelungen für individuelle Anpassungen bei Erhöhung des Nettoeinkommens vorsehen.

(8) Abweichend von § 4 Abs. 9 Teil I erbringt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage.

(9) Bei Eintritt von Arbeitslosigkeit sind die weiteren Bestimmungen zum Umfang des Versicherungsschutzes in § 15 Teil II Abs. 1 und Abs. 2 zu beachten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I MB/KT

(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;
e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

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

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

(3) Abweichend von § 5 Abs. 1d) Teil I besteht bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit ein Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet. Diese Fristen gelten sinngemäß auch für selbstständig Tätige. Für diese Leistungszusage gilt eine besondere Wartezeit von acht Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an. Der Tarif kann eine andere Regelung vorsehen.

(4) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Abs. 1f) Teil I gilt nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

(5) Abweichend von § 5 Abs. 1g) Teil I wird im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit das Krankentagegeld im vertraglichen Umfang auch während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger gezahlt, wenn und soweit der Versicherer aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

(6) Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Abs. 2 Teil I entfällt.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
Teil I MB/KT
(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) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

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

Teil II
(1) Das Krankentagegeld wird wöchentlich nachschüssig gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.

(2) Für eine Geltendmachung des Anspruchs nach § 1a Teil I und die Berechnung der in § 1a Abs. 1 Teil I beschriebenen Zeiträume vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend und zu erbringen (z. B. Kopie des Mutterpasses). In dem Zeugnis muss der durch den Arzt oder die Hebamme errechnete mutmaßliche Termin der Entbindung angegeben sein. Im Fall des Irrtums des Arztes oder der Hebamme über den Entbindungstermin verkürzt oder verlängert sich der Zeitraum entsprechend.
Soweit der versicherten Person im Zeitraum der Schutzfristen Ansprüche auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- oder Elternzeitgesetz oder auf einen anderweitigen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zustehen, sind die entsprechenden Belege zusammen mit dem o. g. Zeugnis einzureichen.
Auf Grundlage des eingereichten Zeugnisses und der weiteren Belege errechnet der Versicherer die Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und zahlt das Krankentagegeld nachschüssig bis einschließlich dem Entbindungstag. Für die Krankentagegeldzahlung nach dem Entbindungstag (Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes - siehe Anhang) erfolgt die Auszahlung, sobald dem Versicherer der tatsächliche Geburtstermin durch eine Kopie der Geburtsurkunde dargelegt wird.

(3) Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

(4) Kosten für Überweisung von Krankentagegeld werden nicht berechnet.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
Teil I MB/KT
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
Teil I MB/KT
(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) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(4) 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.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann 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.

(6) 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.

(7) 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) 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.

(4) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung

Teil I MB/KT

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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

Für Jugendliche ist von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag der versicherten Stufe zu entrichten. Die Umstufung vom

Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a Abs. 2 Teil I.
Für Versicherte, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter vermerkte Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Eintritts in diesen Tarif.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I MB/KT

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten 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 ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

(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 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.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I MB/KT

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen 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 Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(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 für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Teil II
Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit (AU) ist dem Versicherer spätestens bis zu dem Tag zu melden, von dem an das Krankentagegeld gezahlt wird. Eine ärztliche Bescheinigung über die AU mit Angabe aller Krankheiten (vollständige Diagnose) ist beizufügen oder innerhalb von drei Tagen nachzureichen. Fortdauernde AU ist dem Versicherer 14-tägig nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Teil I MB/KT
(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 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
Teil I MB/KT
Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung
Teil I MB/KT
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/KT
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres 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 krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung 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 Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur 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) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

(5) 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.

(6) 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.

Teil II
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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
Teil I MB/KT
(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

Teil II
Sofern der Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt, gilt folgende Regelung:
Für versicherte Personen, die keinen gesetzlichen Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers haben, verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 1 Teil I, wenn eine Vorversicherung nach § 3 Abs. 5 Teil I anzurechnen ist. Der Kündigungsverzicht ist auf die Höhe des früheren Krankengeldanspruchs beschränkt.

Hätte bei Fortbestehen der gesetzlichen Krankenversicherung zum Zeitpunkt der ordentlichen Kündigung des Versicherers der Krankengeldanspruch allein aufgrund einer allgemeinen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze einen höheren Krankengeldanspruch ergeben, so verzichtet der Versicherer auch insoweit auf das ordentliche Kündigungsrecht.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
Teil I MB/KT

(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Teil II

(1) Abweichend von den im Tarif (Teil III) geregelten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann die Krankentagegeldversicherung für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V - siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit wurden, auch im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit solange weitergeführt werden, als sie Ansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit haben.
Die von der Bundesagentur für Arbeit für die versicherte Person erbrachten Leistungen (Arbeitslosengeld, Beitragszuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gemäß § 207a SGB III (siehe Anhang) sowie Beiträge für eine Antragspflichtversicherung zur gesetzlichen Rentenversicherung) bilden das versicherbare Einkommen. Dieses vermindert sich, wenn eine weitere Krankentagegeldversicherung besteht, um den dort vereinbarten Tagessatz. Ab Eintritt der Arbeitslosigkeit wird das Krankentagegeld bei gleichzeitiger Anpassung des Beitrages und gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge auf das versicherbare Einkommen herabgesetzt. Eine entsprechende Anpassung wird auch bei einer Minderung der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit vorgenommen.
Das Krankentagegeld wird ab dem 43. Tag einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit anstelle der weggefallenen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, erbracht. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Soweit die Bundesagentur für Arbeit Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei ihren Leistungen zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
Als berufliche Tätigkeit gemäß § 1 Abs. 3 Teil I gilt hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zugrunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit; sinngemäß gilt dies auch für die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit gemäß § 15 Abs. 1b) Teil I.
Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gemäß § 5 Abs. 1d) Teil I gilt bei Arbeitslosigkeit sinngemäß.
Bei Wiederaufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses kann, soweit Versicherungsfähigkeit besteht, im Rahmen der bestehenden Tarife ein Krankentagegeld in Höhe des dann maßgeblichen Nettoeinkommens ohne erneute Risikoprüfung vereinbart werden. Gleichzeitig tritt die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit wieder in Kraft. Wird der Antrag auf Umstellung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme gestellt, kann die Annahme höherer als zuletzt vereinbarter Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.

(2) Entfallen die im Tarif (Teil III) festgelegten sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit, endet das Versicherungsverhältnis zunächst nicht. Hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten die sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit nicht geschaffen oder hat er kein Angestelltenverhältnis begründet, endet die Krankentagegeldversicherung, spätestens aber mit Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II).

(3) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.
Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.

(4) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, endet das Versicherungsverhältnis mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Nach Vollendung des 65. Lebensjahres kann der Neuabschluss einer Krankentagegeldversicherung nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) verlangt werden, sofern noch Versicherungsfähigkeit besteht.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Teil I MB/KT
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand
Teil I MB/KT
(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 dem 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/KT
(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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife ESP-VA
Krankentagegeldtarife für Arbeitnehmer

EinkommensSicherungsProgramm

Diese Produktlinie des Einkommens-Sicherungs-Programms beinhaltet folgende Tarife:

ESP-VA 43, ESP-VA 92, ESP-VA 183, ESP-VA 274 und ESP-VA 365

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

– Krankentagegeldzahlung ohne zeitliche Begrenzung ab dem 43., 92., 183., 274. bzw. 365. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
– Leistungen bei Wiedereingliederung
– Leistungen bei Erkrankung des Kindes

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 Geltungsbereich
3 Wartezeiten
4 Kündigungsrecht
5 Ende des Versicherungsschutzes
5.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
5.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Karenzzeit und Leistungsdauer
2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
3 Leistungen bei Wiedereingliederung
4 Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes
5 Höhe der Versicherungsleistung
5.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
5.2 Anrechnung anderweitiger Leistungen

C Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife ESP-VA 43, ESP-VA 92, ESP-VA 183, ESP-VA 274 und ESP-VA 365 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KT 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Versicherungsfähig sind alle in Deutschland wohnenden Personen, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen, lohnsteuerpflichtig sind und für die gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. besteht.

Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird das Versicherungsverhältnis im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach einem Tarif des EinkommensSicherungs-Programms fortgesetzt, sofern die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 Abs. 7 Teil I wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ein ärztlicher Nachweis der Transportunfähigkeit ist zu erbringen.

Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem Aufenthalt bis zu sechs Monaten im außereuropäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung Krankentagegeld gezahlt. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

Die Schweiz wird den in § 1 Abs. 8 Teil I genannten Staaten gleichgestellt.

3 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

4 Kündigungsrecht (zu § 14 Teil I und II)
Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5 Ende des Versicherungsschutzes (zu § 15 Teil I und II)
5.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 1 b) Teil I liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenantrag wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Abs. 1b) Teil I noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenantrag entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist. Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. einen Rückforderungsanspruch.

Das Versicherungsverhältnis endet wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., schließen die dort für Berufsunfähigkeit versicherten Leistungen nahtlos und ohne Verzögerung an die Krankentagegeldzahlungen nach diesem Tarif an, sofern auch hier ein Leistungsanspruch besteht.

5.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr
Abweichend von § 15 Abs. 1c) Teil I ist der späteste Beendigungszeitpunkt die Vollendung des 67. Lebensjahres. Die Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus unverändert fortgeführt werden, sofern im Übrigen noch Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsnehmer die Fortführung bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 67. Lebensjahres der betroffenen versicherten Person schriftlich verlangt.

Wird die Vertragsfortführung vereinbart, endet die Krankentagegeldversicherung mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Im unmittelbaren Anschluss kann nach Maßgabe des § 196 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) der Versicherungsschutz durch einen neuen Versicherungsvertrag erfolgen, der spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet. Der Antrag ist bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres zu stellen.

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

1 Karenzzeit und Leistungsdauer
Das Krankentagegeld wird unter Einschluss von Sonn- und Feiertagen nach Ablauf von
– 42 leistungsfreien Tagen (Karenzzeit) im Tarif ESP-VA 43,
– 91 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VA 92,
– 182 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VA 183,
– 273 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VA 274,
– 364 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VA 365
von Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit an ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Ebenso erfolgt Zahlung für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie den Entbindungstag entsprechend der Vorgaben von § 1a Teil I.

Besteht innerhalb der ersten vier Wochen eines ununterbrochen dauernden Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen den Arbeitgeber, wird das Krankentagegeld ohne Berücksichtigung der Karenzzeit ab dem ersten Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Die Zahlung des Krankentagegeldes endet mit Einsetzen der gesetzlichen Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Sie beginnt erneut nach dem Ende der Entgeltfortzahlungspflicht, sofern die Arbeitsunfähigkeit fortbesteht.

2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit neu.

Tritt jedoch innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden bereits vorliegende und nachgewiesene Zeiten der Arbeitsunfähigkeit auf die Karenzzeit angerechnet. Hierbei werden die Zeiten innerhalb der letzten zwölf Monate seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit bzw. der ersten nach Ablauf von sechs leistungsfreien Monaten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge berücksichtigt.

Steht die Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang mit einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit, erfolgt keine Anrechnung auf die Karenzzeit.

3 Leistungen bei Wiedereingliederung
Findet im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die der Versicherer Krankentagegeldleistungen erbracht hat, eine Wiedereingliederungsmaßnahme statt, zahlt der Versicherer das versicherte Krankentagegeld. Zahlungen des Arbeitgebers werden in voller Höhe auf das Krankentagegeld angerechnet.

Voraussetzung ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist.

4 Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes
Es besteht ein Anspruch auf Krankentagegeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass die versicherte Person zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres nach Versicherungsbeginn erkrankten und beim Versicherer privat krankheitskostenvollversicherten Kindes der Arbeit fernbleibt, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Anspruch besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, jedoch für nicht mehr als insgesamt 25 Arbeitstage.

Die zeitliche Begrenzung verlängert sich einmalig auf 100 Arbeitstage, wenn das Kind nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,
a) bei der eine Heilung ausgeschlossen, diese austherapiert ist und
b) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch auf Krankentagegeld bei Erkrankung des Kindes entfällt, wenn gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf bezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung besteht. Arbeitnehmer haben einen Nachweis ihres Arbeitgebers über unbezahlte Freistellung vorzulegen.

5 Höhe der Versicherungsleistung
5.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
Abweichend von § 4 Teil II Abs. 2 kann der Versicherer ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, von seinem Recht zur Herabsetzung des Krankentagegeldes nach § 4 Abs. 4 Teil I Gebrauch machen, wenn er Kenntnis vom gesunkenen Einkommen erlangt.

5.2 Anrechnung anderweitiger Leistungen
Übergangsgeld von der (gesetzlichen) Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung eines (gesetzlichen oder privaten) Rentenversicherungsträgers sowie Verletztengeld durch die Berufsgenossenschaft werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife ESP-VS
Krankentagegeldtarife für Selbstständige

EinkommensSicherungsProgramm

Diese Produktlinie des Einkommens-Sicherungs-Programms beinhaltet folgende Tarife:

ESP-VS 8, ESP-VS 15, ESP-VS 22, ESP-VS 29, ESP-VS 43,ESP-VS 92, ESP-VS 183, ESP-VS 274, ESP-VS 365

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

– Krankentagegeldzahlung ohne zeitliche Begrenzung ab dem 8., 15., 22., 29., 43., 92., 183., 274. bzw. 365. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
– Leistung bei Teilarbeitsunfähigkeit

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 Geltungsbereich
3 Wartezeiten
4 Kündigungsrecht
5 Ende des Versicherungsschutzes
5.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
5.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Karenzzeit und Leistungsdauer
2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
3 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit
4 Höhe der Versicherungsleistung
4.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
4.2 Anrechnung von Versicherungsleistungen

C Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife ESP-VS 8, ESP-VS 15, ESP-VS 22, ESP-VS 29, ESP-VS 43, ESP-VS 92, ESP-VS 183, ESP-VS 274 und ESP-VS 365 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KT 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Versicherungsfähig sind alle in Deutschland wohnenden Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben, einkommensteuerpflichtig sind und für die gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. besteht.

Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird das Versicherungsverhältnis im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach einem Tarif des EinkommensSicherungs-Programms fortgesetzt, sofern die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 Abs. 7 Teil I wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ein ärztlicher Nachweis der Transportunfähigkeit ist zu erbringen.

Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem Aufenthalt bis zu sechs Monaten im außereuropäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung Krankentagegeld gezahlt. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

Die Schweiz wird den in § 1 Abs. 8 Teil I genannten Staaten gleichgestellt.

3 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

4 Kündigungsrecht (zu § 14 Teil I und II)
Die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

5 Ende des Versicherungsschutzes (zu § 15 Teil I und II)
5.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 1 b) Teil I liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenantrag wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Abs. 1b) Teil I noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenantrag entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist. Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. einen Rückforderungsanspruch.

Das Versicherungsverhältnis endet wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., schließen die dort für Berufsunfähigkeit versicherten Leistungen nahtlos und ohne Verzögerung an die Krankentagegeldzahlungen nach diesem Tarif an, sofern auch hier ein Leistungsanspruch besteht.

5.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr
Abweichend von § 15 Abs. 1c) Teil I ist der späteste Beendigungszeitpunkt die Vollendung des 67. Lebensjahres. Die Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus unverändert fortgeführt werden, sofern im Übrigen noch Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsnehmer die Fortführung bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 67. Lebensjahres der betroffenen versicherten Person schriftlich verlangt.

Wird die Vertragsfortführung vereinbart, endet die Krankentagegeldversicherung mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Im unmittelbaren Anschluss kann nach Maßgabe des § 196 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) der Versicherungsschutz durch einen neuen Versicherungsvertrag erfolgen, der spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet. Der Antrag ist bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres zu stellen.

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

1 Karenzzeit und Leistungsdauer
Das Krankentagegeld wird unter Einschluss von Sonn- und Feiertagen nach Ablauf von
– 7 leistungsfreien Tagen (Karenzzeit) im Tarif ESP-VS 8,
– 14 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 15,
– 21 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 22,
– 28 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 29,
– 42 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 43,
– 91 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 92,
– 182 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 183,
– 273 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 274,
– 364 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-VS 365
von Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit an ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Ebenso erfolgt Zahlung für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie den Entbindungstag entsprechend der Vorgaben von § 1a Teil I.

2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit neu.

Tritt jedoch in den Tarifstufen ESP-VS 22, ESP-VS 29, ESP-VS 43, ESP-VS 92, ESP-VS 183, ESP-VS 274 oder ESP-VS 365 innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden bereits vorliegende und nachgewiesene Zeiten der Arbeitsunfähigkeit auf die Karenzzeit angerechnet. Hierbei werden die Zeiten innerhalb der letzten zwölf Monate seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit bzw. der ersten nach Ablauf von sechs leistungsfreien Monaten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge berücksichtigt.

Steht die Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang mit einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit, erfolgt keine Anrechnung auf die Karenzzeit.

3 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit (zu § 1 Abs. 3 Teil I)
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, gewährt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.

Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.

4 Höhe der Versicherungsleistung
4.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
Abweichend von § 4 Teil II Abs. 2 kann der Versicherer ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, von seinem Recht zur Herabsetzung des Krankentagegeldes nach § 4 Abs. 4 Teil I Gebrauch machen, wenn er Kenntnis vom gesunkenen Einkommen erlangt.

4.2 Anrechnung von Versicherungsleistungen
Übergangsgeld von der (gesetzlichen) Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung eines (gesetzlichen oder privaten) Rentenversicherungsträgers sowie Verletztengeld durch die Berufsgenossenschaft werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife ESP-E
Krankentagegeldtarife für Arbeitnehmer und Selbstständige

EinkommensSicherungsProgramm

Diese Produktlinie des Einkommens-Sicherungs-Programms beinhaltet folgende Tarife:

ESP-E 8, ESP-E 15, ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274, ESP-E 365

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

- Krankentagegeldzahlung ohne zeitliche Begrenzung ab dem 8., 15., 22., 29., 43., 92., 183., 274. bzw. 365. Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit
- Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
- Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige

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 Geltungsbereich
3 Ende des Versicherungsschutzes
3.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
3.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Karenzzeit und Leistungsdauer
2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
3 Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
4 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige
5 Höhe der Versicherungsleistung
5.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
5.2 Anrechnung anderweitiger Leistungen

C Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife ESP-E 8, ESP-E 15, ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 und ESP-E 365 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KT 2009
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Versicherungsfähig sind alle in Deutschland wohnenden Personen, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und einkommensteuerpflichtig sind. Die Tarife ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 und ESP-E 365 können außerdem von Personen gewählt werden, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 Abs. 7 Teil I wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ein ärztlicher Nachweis der Transportunfähigkeit ist zu erbringen.

Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem Aufenthalt bis zu sechs Monaten im außereuropäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung Krankentagegeld gezahlt. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

Die Schweiz wird den in § 1 Abs. 8 Teil I genannten Staaten gleichgestellt.

3 Ende des Versicherungsschutzes (zu § 15 Teil I und II)
3.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 1 b) Teil I liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenantrag wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Abs. 1b) Teil I noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenantrag entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist. Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. einen Rückforderungsanspruch.

Das Versicherungsverhältnis endet wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G., schließen die dort für Berufsunfähigkeit versicherten Leistungen nahtlos und ohne Verzögerung an die Krankentagegeldzahlungen nach diesem Tarif an, sofern auch hier ein Leistungsanspruch besteht.

3.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr
Abweichend von § 15 Abs. 1c) Teil I ist der späteste Beendigungszeitpunkt die Vollendung des 67. Lebensjahres. Die Krankentagegeldversicherung kann darüber hinaus unverändert fortgeführt werden, sofern im Übrigen noch Versicherungsfähigkeit besteht und der Versicherungsnehmer die Fortführung bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 67. Lebensjahres der betroffenen versicherten Person schriftlich verlangt.

Wird die Vertragsfortführung vereinbart, endet die Krankentagegeldversicherung mit Vollendung des 70. Lebensjahres. Im unmittelbaren Anschluss kann nach Maßgabe des § 196 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) der Versicherungsschutz durch einen neuen Versicherungsvertrag erfolgen, der spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet. Der Antrag ist bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 70. Lebensjahres zu stellen.

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

1 Karenzzeit und Leistungsdauer
Das Krankentagegeld wird unter Einschluss von Sonn- und Feiertagen nach Ablauf von
– 7 leistungsfreien Tagen (Karenzzeit) im Tarif ESP-E 8,
– 14 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 15,
– 21 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 22,
– 28 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 29,
– 42 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 43,
– 91 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 92,
– 182 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 183,
– 273 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 274,
– 364 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 365
von Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit an ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Ebenso erfolgt Zahlung für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie den Entbindungstag entsprechend der Vorgaben von § 1a Teil I.

2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit neu.

Tritt jedoch in den Tarifen ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 oder ESP-E 365 innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden bereits vorliegende und nachgewiesene Zeiten der Arbeitsunfähigkeit auf die Karenzzeit angerechnet. Hierbei werden die Zeiten innerhalb der letzten zwölf Monate seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit bzw. der ersten nach Ablauf von sechs leistungsfreien Monaten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge berücksichtigt.

Steht die Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang mit einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit, erfolgt keine Anrechnung auf die Karenzzeit.

3 Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
Findet im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die der Versicherer Krankentagegeldleistungen erbracht hat, eine Wiedereingliederungsmaßnahme statt, zahlt der Versicherer das versicherte Krankentagegeld. Zahlungen des Arbeitgebers werden in voller Höhe auf das Krankentagegeld angerechnet.

Voraussetzung ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist.

4 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige (zu § 1 Abs. 3 Teil I)
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, gewährt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.

Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.

5 Höhe der Versicherungsleistung
5.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
Abweichend von § 4 Teil II Abs. 2 kann der Versicherer ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, von seinem Recht zur Herabsetzung des Krankentagegeldes nach § 4 Abs. 4 Teil I Gebrauch machen, wenn er Kenntnis vom gesunkenen Einkommen erlangt.

5.2 Anrechnung anderweitiger Leistungen
Übergangsgeld von der (gesetzlichen) Rentenversicherung, Berufsunfähigkeitsrenten und Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung eines (gesetzlichen oder privaten) Rentenversicherungsträgers sowie Verletztengeld durch die Berufsgenossenschaft werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro

Tarifgeneration Unisex

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009) - §§ 1 - 18
Teil II Tarifbedingungen Nrn. 1 - 37 der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

Nr. 1
Wird innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit eine erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit festgestellt, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen dieser Krankheit auf die Karenzzeit angerechnet.
Tritt während einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit oder Unfallfolge ein, so gilt hierfür keine neue Karenzzeit. Als Karenzzeit gilt der Zeitraum zwischen dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, und dem vereinbarten Beginn der tariflichen Krankentagegeldleistung.

(3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Nr. 2
Der Versicherer leistet bei Teilarbeitsunfähigkeit, sofern die Tarifstufe dies vorsieht. Insoweit gilt § 1 Absatz 3 MB/KT 2009 nicht.

(4) 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.

(5) 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; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch 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.

Nr. 3
Kann der Versicherungsnehmer eine Verbesserung des Nettoeinkommens (siehe § 4 Absatz 2 MB/KT 2009 und Tarifbedingung Nr. 12) nachweisen, so kann er ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten innerhalb von drei Monaten ab der frühestmöglichen Nachweismöglichkeit den bestehenden Versicherungsschutz maximal um diese Verbesserung anpassen. Bereits eingetretene Versicherungsfälle werden hiervon nicht berührt.

Nr. 4
Der Versicherer verzichtet bei beruflich bedingter Verkürzung der Karenzzeit auf eine Gesundheitsprüfung und Wartezeiten, sofern die neue verkürzte Karenzzeit drei Wochen nicht unterschreitet und grundsätzliche Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Der Antrag muss dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Verkürzung der Karenzzeit vorliegen. Die verkürzte Karenzzeit gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang des Antrages beim Versicherer folgt.

Nr. 5
War der Versicherungsnehmer bedingungsgemäß verpflichtet, den Versicherungsschutz herabzusetzen, so kann er den Versicherungsschutz innerhalb von fünf Jahren ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten ganz oder teilweise wieder herstellen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Nr. 6
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz in gleicher Weise wie im europäischen Ausland.
Für den vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland können weitergehende besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstausfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Abs. 1 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang).

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer unverzüglich nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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.

Nr. 7
Für Versicherungsfälle, die zwischen der Annahme des Antrags und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten und darüber hinaus andauern, wird bereits für Arbeitsunfähigkeitstage geleistet, die nach Beginn des Versicherungsschutzes und nach Ablauf der Karenzzeit liegen. Dabei rechnet die Karenzzeit auch in diesem Falle ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Nr. 8
Bei einem Wechsel der Tarifstufe oder einer Erhöhung des Krankentagegeldes gilt der vereinbarte Zeitpunkt des Wechsels bzw. der Erhöhung als Beginn des neuen Versicherungsschutzes. Soweit sich Mehrleistungen ergeben, gelten die Bestimmungen für „Beginn des Versicherungsschutzes“ (§ 2 MB/KT 2009) entsprechend.
Bei der Beitragsberechnung werden Beitragshöhe und Dauer der bisherigen Versicherung berücksichtigt.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

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

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

Nr. 9
Die vorstehenden besonderen Wartezeiten entfallen. Soweit der Tarif eine Leistung für Entbindungen vorsieht, gilt für diese eine besondere Wartezeit von acht Monaten.

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

Nr. 10
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn sich die zu versichernden Personen einer Aufnahmeuntersuchung unterziehen, für die ein besonderer Vordruck vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird. Das Untersuchungsergebnis muss dem Versicherer innerhalb von vier Wochen nach Antragstellung zugehen.

(5) Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

Nr. 11
Zugunsten des Versicherungsnehmers erfolgt die Anrechnung auf die Wartezeiten unabhängig von der Höhe des bisherigen Krankengeldanspruchs.
Für die Anrechnung auf die Wartezeiten werden der Versicherungszeit in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung auch solche Zeiten gleichgestellt, in denen die versicherte Person im Ausland aufgrund gesetzlicher Bestimmungen im Krankheitsfall geschützt war.

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

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

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten zwölf Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Nr. 12
Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei
a) Selbstständigen:
80 % des Bruttoeinkommens (nachgewiesener Gewinn gemäß § 4 Absatz 3 EStG - siehe Anhang) aus der versicherten selbstständigen (freiberuflichen) Tätigkeit oder Gewerbebetrieb;
b) Arbeitnehmern:
80 % des nachgewiesenen Bruttoeinkommens aus der versicherten nichtselbstständigen Tätigkeit in den letzten zwölf Monaten vor dem Antrag auf Versicherungsschutz. Zu berücksichtigen sind auch Urlaubs- und Weihnachtsgeld, vermögenswirksame Leistungen, regelmäßige Sonderzahlungen und Zulagen.

Zusätzliche Einkünfte aus zusätzlich versicherter selbstständiger Tätigkeit sind nach den Regeln des Buchstaben a) zu bestimmen.

Nr. 13
Der Versicherer bietet den Versicherungsnehmern eine Anpassung des vereinbarten Krankentagegeldes an, wenn sich seit der letzten Anpassung die durchschnittlichen Bruttojahresarbeitsentgelte der Arbeiter und Angestellten um mehr als 10 % verändert haben. Für diese Anpassung entfallen erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten. Bestehende Risikozuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.
Die Anpassung wird wirksam, wenn der Versicherungsnehmer das Angebot durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherer innerhalb von vier Wochen annimmt. Das erhöhte Krankentagegeld gilt vom 1. des Monats an, der auf den Eingang der Annahmeerklärung beim Versicherer folgt.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von zwölf Monaten unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.
Für einen Arbeitnehmer sind die letzten zwölf Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten zwölf Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.
Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

Nr. 14
Ergänzend zu § 4 Abs. 3 MB/KT 2009 ist der Versicherungsnehmer nur dann verpflichtet dem Versicherer die Minderung des Nettoeinkommens mitzuteilen, wenn die Differenz des abgesunkenen und auf den Tagessatz umgerechneten Nettoeinkommens mehr als 10 % zum tatsächlich versicherten Krankentagegeldsatz beträgt. Ebenfalls verpflichtet zur Mitteilung ist der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Nettoeinkommenssenkung, wenn er nicht nachweisen kann, dass von diesem Zeitpunkt an gerechnet in einem halben Jahr das Nettoeinkommen wieder auf die ursprüngliche Höhe oder darüber hinaus steigen wird. Beträgt die Senkung des Nettoeinkommens nicht mehr als 10 % zum tatsächlich versicherten Krankentagegeldsatz oder dauert die Absenkung des Nettoeinkommens nicht länger als ein halbes Jahr an, verzichtet der Versicherer auf sein Herabsetzungsrecht.
Eine Heraufsetzung auf den ursprünglich versicherten Krankentagegeldsatz kann der Versicherungsnehmer verlangen, wenn er zuvor bedingungsgemäß gemäß § 4 Abs. 4 MB/KT 2009 zu einer Herabsetzung verpflichtet war und nun nachweisen kann, dass das Nettoeinkommen wieder auf das ursprünglich dem Vertrag zugrunde gelegte Nettoeinkommen oder darüber hinaus gestiegen ist. Die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß § 1 Abs. 5 MB/KT 2009 finden mit der Ausnahme Anwendung, dass für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung entfallen.

Nr. 15
Ändert sich die Dauer, für die der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Arbeitsentgelt fortzahlt, so gilt § 4 Absätze 3 und 4 MB/KT 2009 über die Mitteilungspflicht des Versicherungsnehmers und die Änderung des Vertrages sinngemäß.

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

Nr. 16
Besteht innerhalb der ersten vier Wochen eines ununterbrochen dauernden Arbeitsverhältnisses kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegen den Arbeitgeber, wird das Krankentagegeld ohne Berücksichtigung der Karenzzeit ab dem ersten Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Die Zahlung des Krankentagegeldes endet mit Einsetzen der gesetzlichen Entgeltfortzahlungspflicht des Arbeitgebers. Sie beginnt erneut nach dem Ende der Entgeltfortzahlungspflicht, sofern die Arbeitsunfähigkeit fortbesteht.

(8) 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.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 17
Der Versicherer erbringt die tariflichen Leistungen abweichend von § 4 Absatz 9 MB/KT 2009 auch ohne vorherige schriftliche Leistungszusage.

(10) 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, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
(1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

Nr. 18
Die Leistungseinschränkung bei Arbeitsunfähigkeit wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht sind, 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.

Nr. 19
Terroristische Anschläge zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT 2009.

b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;

Nr. 20
Der Leistungsausschluss gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe c) MB/KT 2009 entfällt.

d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

Nr. 21
Der Versicherer zahlt das Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt beruht.

e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

Nr. 22
Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe f) MB/KT 2009 gilt nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes außerhalb des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

Nr. 23
Der Versicherer zahlt Krankentagegeld auch bei Arbeitsunfähigkeit während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während der Rehabilitationsmaßnahmen nach einer seit mindestens sechs Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit, wenn und soweit der Versicherer aufgrund eines ausführlich begründeten ärztlichen Attestes die Leistung vorher schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann auch das Gutachten eines von ihm bestimmten Arztes verlangen.

(2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

Nr. 24
Die Leistungseinschränkung gemäß § 5 Absatz 2 MB/KT 2009 entfällt.

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

Nr. 25
Für eine Geltendmachung des Anspruchs nach § 1a MB/KT 2009 und die Berechnung der in § 1a Abs. 1 MB/KT 2009 beschriebenen Zeiträume vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend und zu erbringen (z. B. Kopie des Mutterpasses). In dem Zeugnis muss der durch den Arzt oder die Hebamme errechnete mutmaßliche Termin der Entbindung angegeben sein. Im Fall des Irrtums des Arztes oder der Hebamme über den Entbindungstermin, verkürzt oder verlängert sich der Zeitraum entsprechend.
Soweit der versicherten Person im Zeitraum der Schutzfristen Ansprüche auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- oder Elternzeitgesetz oder auf einen anderweitigen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstausfall zustehen, sind die entsprechenden Belege zusammen mit dem o. g. Zeugnis einzureichen.
Auf Grundlage des eingereichten Zeugnisses und der weiteren Belege errechnet der Versicherer die Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) und zahlt das Krankentagegeld nachschüssig bis einschließlich dem Entbindungstag. Für die Krankentagegeldzahlung nach dem Entbindungstag (Schutzfrist gemäß § 3 Abs. 2 des Mutterschutzgesetzes - siehe Anhang) erfolgt die Auszahlung, sobald dem Versicherer der tatsächliche Geburtstermin durch eine Kopie der Geburtsurkunde dargelegt wird.

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

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
(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.

Nr. 26
Die Höhe des Monatsbeitrags ergibt sich aus der Tarifstufe, der Höhe des Krankentagegeldes, dem Geschlecht und dem Eintrittsalter; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr des Versicherten.

(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate wird, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig.

(4) 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.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann 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.

(6) 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.

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

Nr. 27
Fällt aufgrund der Verlegung des Wohnsitzes oder 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 Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen der in Satz 1 genannten Staaten zu informieren.

§ 8a Beitragsberechnung
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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.

§ 8b Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten 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 ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Nr. 28
Der tariflich festgelegte Vomhundertsatz beträgt 5.

(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 evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten
(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 29
Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens bis zu dem Tage anzuzeigen, für den erstmals Krankentagegeld zu zahlen ist. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer auf Verlangen - mindestens aber in 14tägigen Abständen - nachzuweisen.

(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 Umfanges erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(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 für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(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 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 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung
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
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Nr. 30
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr. Beginnt der Versicherungsvertrag nicht am 1. Januar eines Jahres, so endet das erste Versicherungsjahr am 31. Dezember des darauffolgenden Kalenderjahres. Für diese Zeit wird der Versicherungsvertrag fest abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um jeweils ein Jahr, sofern er nicht fristgemäß gekündigt wird. Wechsel der Tarifstufe oder Erhöhungen des Krankentagegeldes haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

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

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung 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 Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur 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) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

(5) 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.

(6) 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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

Nr. 31
Als Versicherungsjahr gilt das Kalenderjahr.
Der Versicherer wird das in den ersten drei Versicherungsjahren bestehende ordentliche Kündigungsrecht nicht ausüben, solange für die versicherte Person eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

Nr. 32
Der Versicherer kann wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht durch den Versicherungsnehmer nicht mehr gemäß den §§ 19 bis 21 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn seit Abschluss oder Änderung des Versicherungsvertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Der Versicherer kann jedoch bis zu 10 Jahre nach Abschluss oder Änderung des Vertrages gemäß § 21 Absatz 3 Satz 2 VVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurücktreten, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
(1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

Nr. 33
Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe a) MB/KT 2009 auf sechs Monate. Spätestens mit Ablauf dieser Frist endet das Versicherungsverhältnis.
§ 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 bleibt unberührt.
Für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit wurden, ist die Zusatzvereinbarung bei Arbeitslosigkeit (siehe Anlage) zu beachten.

b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;

Nr. 34
Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen vorliegt, entscheidet der Versicherer aufgrund der eingereichten ärztlichen Befunde/Atteste oder ähnlicher geeigneter Nachweise. Der Versicherer ist berechtigt, zur Beurteilung des Vorliegens einer Berufsunfähigkeit auch selbst entsprechende Nachweise einzuholen.
Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Nr. 35
Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenantrag wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Absatz 1 Buchstabe b) MB/KT 2009 noch nicht entschieden, wird das Versicherungsverhältnis nicht beendet. Nach Ablauf dieser Frist werden 50 % des versicherten Krankentagegeldes bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem der Rentenversicherungsträger über den Rentenantrag entschieden hat, längstens jedoch für weitere drei Monate. Das Versicherungsverhältnis endet mit Ablauf des Monats, bis zu dem das Krankentagegeld gezahlt worden ist.
Sollte es zu einer rückwirkenden Rentenzahlung eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers kommen, besteht für diesen Zeitraum grundsätzlich kein Krankentagegeldanspruch. Auf bereits ausgezahlte Krankentagegeldleistungen hat der Versicherer einen Rückforderungsanspruch.

Nr. 36
Das Versicherungsverhältnis endet mit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen.
d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
e) bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Nr. 37
Wird das Versicherungsverhältnis aus den in Tarifbedingung Nr. 36 genannten Gründen beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsminderung oder seit Bezug der Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.
Auf Antrag des Versicherungsnehmers prüft der Versicherer anhand geeigneter Nachweise, ob die Voraussetzungen für den Wiedereintritt der Versicherungsfähigkeit oder der Berufs- bzw. Erwerbstätigkeit vorliegen. Sofern dies der Fall ist, wird das ursprüngliche Versicherungsverhältnis zu dem Zeitpunkt wieder in Kraft gesetzt, in dem die Voraussetzungen vorlagen.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand
(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 dem 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
(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.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Anlage zu den Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro

Tarifgeneration Unisex

Zusatzvereinbarung bei Arbeitslosigkeit

Für versicherte Personen, die nach § 8 Abs. 1 Nr. 1a SGB V von der Versicherungspflicht befreit wurden, gilt im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit folgende Zusatzvereinbarung:

1 Abweichend von den im Tarif geregelten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit kann die Krankentagegeldversicherung auch im Falle von Arbeitslosigkeit oder der Teilnahme an einer Maßnahme der beruflichen Weiterbildung der Bundesagentur für Arbeit solange weitergeführt werden, als sie Ansprüche gegen die Bundesagentur für Arbeit haben.
Die von der Bundesagentur für Arbeit für die versicherte Person erbrachten Leistungen (Arbeitslosengeld, Beitragszuschüsse zur privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung gemäß § 207a SGB III sowie Beiträge für eine Antragspflichtversicherung zur gesetzlichen Rentenversicherung) bilden das versicherbare Einkommen. Dieses vermindert sich, wenn eine weitere Krankentagegeldversicherung besteht, um den dort vereinbarten Tagessatz. Ab Eintritt der Arbeitslosigkeit wird das Krankentagegeld bei gleichzeitiger Anpassung des Beitrages und gegebenenfalls vereinbarter Risikozuschläge auf das versicherbare Einkommen herabgesetzt. Eine entsprechende Anpassung wird auch bei einer Minderung der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit vorgenommen.
Das Krankentagegeld wird ab dem 43. Tag einer im Verlauf der Arbeitslosigkeit eintretenden vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit anstelle der weggefallenen Leistungen der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Wegen derselben Krankheit wird Krankentagegeld für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an, erbracht. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Soweit die Bundesagentur für Arbeit Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit bei ihren Leistungen zusammenrechnet, werden diese Zeiten auch für die Bestimmung des Leistungsbeginns des Versicherers zusammengefasst.
Hinsichtlich der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit gilt als berufliche Tätigkeit gemäß § 1 Abs. 3 MB/KT 2009 die von der Bundesagentur für Arbeit bei ihren Leistungen zugrunde gelegte und für zumutbar gehaltene berufliche Tätigkeit.
Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe d MB/KT 2009 gilt bei Arbeitslosigkeit sinngemäß.
Bei Wiederaufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses kann, soweit Versicherungsfähigkeit besteht, im Rahmen der bestehenden Tarife ein Krankentagegeld in Höhe des dann maßgeblichen Nettoeinkommens ohne erneute Risikoprüfung vereinbart werden. Gleichzeitig tritt die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit vereinbarte Karenzzeit wieder in Kraft. Wird der Antrag auf Umstellung nicht innerhalb von zwei Monaten nach Wiederaufnahme gestellt, kann die Annahme höherer als zuletzt vereinbarter Tagegeldleistungen von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden. Für diese Leistungen sind die Wartezeiten zu erfüllen.

2 Entfallen die im Tarif festgelegten sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit, endet das Versicherungsverhältnis zunächst nicht. Hat der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten die sachlichen Voraussetzungen zur Ausübung der selbstständigen Tätigkeit nicht geschaffen oder hat er kein Angestelltenverhältnis begründet, endet die Krankentagegeldversicherung, spätestens aber mit Bezug von Arbeitslosengeld II (ALG II).

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Krankentagegeldversicherung Tarif pro

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung **Tarifgeneration Unisex**

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung Tarif pro (Tarifgeneration Unisex - Teil I und II).

I. Versicherungsfähigkeit

Selbstständige
mit regelmäßigen Einkünften aus beruflicher Tätigkeit sind nach den Tarifstufen pro 008 - pro 365 versicherungsfähig.

Besteht gleichzeitig bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. eine Krankheitskostenvollversicherung, sind Selbstständige mit regelmäßigen Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit nach den Tarifstufen pro 008v - pro 365v versicherungsfähig.

Arbeitnehmer
sind nach den Tarifstufen pro 043 - pro 365 versicherungsfähig.

Besteht gleichzeitig bei der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. eine Krankheitskostenvollversicherung, sind Arbeitnehmer nach den Tarifstufen pro 043v - pro 365v versicherungsfähig.

II. Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Das versicherte Krankentagegeld wird bei

Tarifstufe			nach einer Karenzzeit von	ab dem
pro 008	und	pro 008v	1 Woche	8. Tag
pro 015	und	pro 015v	2 Wochen	15. Tag
pro 022	und	pro 022v	3 Wochen	22. Tag
pro 029	und	pro 029v	4 Wochen	29. Tag

Tarifstufe			nach einer Karenzzeit von	ab dem
pro 043	und	pro 043v	6 Wochen	43. Tag
pro 046				46. Tag
pro 064	und	pro 064v	9 Wochen	64. Tag
pro 085	und	pro 085v	12 Wochen	85. Tag
pro 092	und	pro 092v	13 Wochen	92. Tag
pro 106	und	pro 106v	15 Wochen	106. Tag
pro 127	und	pro 127v	18 Wochen	127. Tag
pro 183	und	pro 183v	26 Wochen	183. Tag
pro 274	und	pro 274v	39 Wochen	274. Tag
pro 365	und	pro 365v	52 Wochen	365. Tag

der vorübergehenden völligen Arbeitsunfähigkeit ohne zeitliche Begrenzung gezahlt. Ebenso erfolgt Zahlung für die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Abs. 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes (siehe Anhang) sowie den Entbindungstag entsprechend der Vorgaben von § 1a MB/KT 2009. Die Zahlung endet jedoch mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Das Krankentagegeld wird auch für Sonn- und Feiertage gezahlt.

Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind mitversichert.

Übergangsgeld sowie Berufsunfähigkeits- und Erwerbsminderungsrenten eines gesetzlichen und/oder privaten Versicherungsträgers sowie Verletztengeld durch eine Berufsgenossenschaft werden auf das Krankentagegeld angerechnet.

Teilarbeitsunfähigkeit
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes. Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.

Kur- und Sanatoriumsbehandlung
Nach einer seit mindestens sechs Wochen bestehenden Arbeitsunfähigkeit leistet der Versicherer unter bestimmten Voraussetzungen auch bei Arbeitsunfähigkeit während einer Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen (siehe Tarifbedingung Nr. 23).

Schwangerschaft
Der Versicherer leistet ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit auch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch oder Fehlgeburt (siehe Tarifbedingung Nr. 21).

Entbindungspauschale
Bei jeder Entbindung zahlt der Versicherer unabhängig von der tariflichen Karenzzeit nach Vorlage einer Kopie der amtlichen Geburtsurkunde eine einmalige Pauschale in Höhe des zehnfachen Krankentagegeldes.

Allgemeine Anpassung des Krankentagegeldes
Entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung bietet der Versicherer eine Anpassung des Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten an (siehe Tarifbedingung Nr. 13).

Individuelle Anpassung
a) des Krankentagegeldes:
   Bei einer Verbesserung des Einkommens kann der Versicherungsschutz auf Antrag ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten angepasst werden (siehe Tarifbedingung Nr. 3).
b) der Karenzzeit:
   Bei einer beruflich bedingten Verkürzung der Karenzzeit kann der Versicherungsschutz auf Antrag ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten angepasst werden (siehe Tarifbedingung Nr. 4).
c) bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit:
   Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit kann das Versicherungsverhältnis auf Antrag im Umfang des bisherigen Versicherungsschutzes ohne Gesundheitsprüfung und Wartezeiten nach einer Tarifstufe fortgesetzt werden, für die die Versicherungsfähigkeit gegeben ist.

Die Krankentagegeldversicherung endet spätestens mit Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017) - §§ 1 - 27

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit
(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die
– in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
– für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.
Die §§ 23 Abs. 2 Nr. 6, 24 und 26 Abs. 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die
– vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
– das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten
(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Textform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers
(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Abs. 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang), teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes
(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonats- oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen. Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung 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. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit
(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

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

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht
(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt bei Pflegegrad 5 mindestens 600 Euro. Bei Pflegegrad 1 beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent, bei Pflegegrad 2 mindestens 20 Prozent, bei Pflegegrad 3 mindestens 30 Prozent und bei Pflegegrad 4 mindestens 40 Prozent des Pflegemonatsgeldes des Pflegegrades 5. Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Abs. 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für einen der Pflegegrade 1 bis 5 gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht. Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegegrade 1 bis 5 sind die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegegradrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Abs. 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn oder Ende des Versicherungsfalls werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

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

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Grundsätzlich wird an den Versicherungsnehmer geleistet. Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Versicherungsnehmer die versicherte Person in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte benannt hat.

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

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung
(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrags zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrags kann 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 im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

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

§ 10 Beitragsberechnung
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. 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 ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt. Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart.

§ 11 Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen 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 eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist. Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung
(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zugute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:
a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
b) Anrechnung auf den Beitrag,
c) Erhöhung der Leistung oder
d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit
Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Abs. 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Abs. 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Abs. 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten
Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(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 die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

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

§ 16 Aufrechnung
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

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
(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) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Abs. 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

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

(6) 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.

(7) 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 von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer
(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Abs. 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe
(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 von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Abs. 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Abs. 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Abs. 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand
(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.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Abs. 4.

(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 Vertrages 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.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht; für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Abs. 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Abs. 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen. Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Abs. 3 Satz 2 entfällt, oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Abs. 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Abs. 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 3 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

§ 27 Übergangsregelung

(1) Versicherte, bei denen am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine vertragliche Versicherungsleistung vorliegen, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Einstufung am 31.12.2016	**Einstufung ab 1.1.2017**
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 7 Abs. 5) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld richtet sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Es wird jedoch mindestens in der bisher bezogenen Höhe erbracht. Satz 2 gilt auch für den Fall, dass nachträglich festgestellt wird, dass am 31. Dezember 2016 ein Anspruch auf Leistung bestand. Satz 2 gilt nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit endet oder nach einer Umwandlung in eine gleichartige Versicherung nach § 3 Abs. 6.

(4) Sofern die gesetzliche Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2017 feststellt, dass bereits vor diesem Zeitpunkt die Voraussetzungen für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad bestanden, als denjenigen, in den gesetzlich übergeleitet worden ist, richten sich die Leistungen aus dieser Versicherung ab dem Zeitpunkt, den die gesetzliche Pflegeversicherung festgestellt hat, für den Zeitraum vom 1. November bis zum 31. Dezember 2016 nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Tarif.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend im Wortlaut mit dem Stand 01/2017 wiedergegeben.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI)
– Soziale Pflegeversicherung –

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus

den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,

7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI)
– Soziale Pflegeversicherung –

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4.	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4.	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflege-relevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Model 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien: 2 Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12; die Ausprägungen der Kriterien 4.1 - 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4.	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urestoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung, „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K
Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Das Modul umfasst sechzehn Kriterien. Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7: Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4.	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnah-men pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K
Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1

5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16
Die Ausprägung des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direktem Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik
(Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif PflegeBAHR
Pflegegeldtarif der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Pflegegeld bei häuslicher und vollstationärer Pflege

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	35 %
Pflegegrad 3	55 %
Pflegegrad 4	75 %
Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Monatssatzes.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Wartezeiten
2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

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

C Beiträge / Förderfähigkeit
1 Beitragsberechnung
2 Beitragsberechnung der Anwartschaftsversicherung
3 Erhalt der Förderfähigkeit

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Der Tarif PflegeBAHR gilt in Verbindung mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Musterbedingungen MB/GEPV 2017).

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Wartezeiten (zu § 5 Teil I)
Abweichend von § 5 Abs. 2 Teil I entfällt die Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern der Unfall sich nach Vertragsabschluss ereignet hat.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt 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. Die Wartezeit entfällt somit auch, wenn sich die Pflegebedürftigkeit ergibt aus
- Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- Erfrierungen,
- unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Voraussetzung für den Entfall der Wartezeit bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit auf Grund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird.

2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer (zu § 17 Teil I)
Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, wird der Vertrag gemäß § 17 Abs. 1 Teil I für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 6 und § 7 Teil I)

Abweichend von § 7 Abs. 4 Teil I wird die monatliche Leistung gemäß Abschnitt B 1 zu Beginn des jeweiligen Folgemonats gezahlt.

1 Pflegegeldleistung
Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) wird ein monatliches Pflegegeld geleistet. Das Pflegegeld beträgt bei

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	35 %
Pflegegrad 3	55 %
Pflegegrad 4	75 %
Pflegegrad 5	100 %

des versicherten Monatssatzes. Es gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegegrade.

Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Monatssatz ergänzt (Beispiel: PflegeBAHR 1200).

2 Erhöhung des Pflegegeldes
Das vereinbarte Pflegegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 5 %, maximal jedoch in Höhe der durchschnittlichen allgemeinen Inflationsrate der jeweils vorausgegangenen drei Jahre gemäß § 6 Abs. 4 Teil I.
Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt
- die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegegeldes nicht geändert hat und
- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Monatssatz und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen für diese versicherte Person.

Weitere Möglichkeiten der Erhöhung des Monatssatzes - mit Ausnahme der Erhöhung zum Erhalt der Förderfähigkeit gemäß Abschnitt C 3 - bestehen nicht.

C Beiträge / Förderfähigkeit

1 Beitragsberechnung (zu § 10 Teil I)
Für die im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 24 Teil I in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag zum niedrigsten Erwachsenenalter 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 des § 10 Abs. 2 Teil I.

Das Eintrittsalter gemäß § 10 Abs. 2 Teil I entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

2 Beitragsberechnung der Anwartschaftsversicherung (zu § 26 Teil I)
Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß § 26 Teil I ist das Produkt aus dem jeweils gültigen Prozentsatz und dem jeweils gültigen Bezugsbeitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifes.

Die Bemessung des in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Prozentsatzes richtet sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter, für bestehende Versicherungsverhältnisse nach dem bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

Bezugsbeitrag ist der Beitrag zum bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

Die für die Anwartschaftsversicherung gezahlten Beiträge werden nicht zurückgezahlt, auch dann nicht, wenn der in Anwartschaft stehende Versicherungsschutz nicht in Kraft treten soll.

3 Erhalt der Förderfähigkeit (zu § 13 Teil I)
Erhöht der Versicherer das monatliche Pflegegeld gemäß § 13 Teil I, wird das monatliche Pflegegeld auf den nächsten vollen Euro gerundet.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017)
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (oder ein Pflegegeld*) (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland 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 ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) 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.

Teil II

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall ein Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegetagegeldversicherung abweichend von § 1 Abs. 5 Teil I auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland und in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

Teil I MB/EPV

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

a) Mobilität:
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

d) Selbstversorgung:
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An-und Auskleiden des Oberkörpers, An-und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte-und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

– Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte):
geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte):
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte):
schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte):
schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte):
schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
Teil I MB/EPV

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

§ 3 Wartezeiten
Teil I MB/EPV

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

Teil II
Abweichend von § 3 Teil I entfällt die Wartezeit bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
Teil I MB/EPV

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

(2) 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 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
Teil I MB/EPV

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5*) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;*)
e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;*)
f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, 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 nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

Teil II

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

(2) Abweichend von § 5 Abs. 1c) Teil I besteht Leistungspflicht bei einem Aufenthalt in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

(3) Abweichend von § 5 Abs. 1f) Teil I gilt die Einschränkung der Leistungspflicht nur bei häuslicher Pflege. Besteht in der privaten Pflegepflichtversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung ein Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI (siehe Anhang) oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 SGB XI (siehe Anhang), wird für laufende Versicherungsfälle auch in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme geleistet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

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

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

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

Teil II

(1) Die in der privaten Pflegepflichtversicherung oder sozialen Pflegeversicherung getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad sind auch für die Pflegetagegeldleistung maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades. Dementsprechende Nachweise sind vom Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

(2) Überweisungskosten nach § 6 Abs. 5 Teil I werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(3) Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades sowie über die Art der Pflege können vom Versicherer verlangt werden.

(4) Fällige Pflegegelder werden für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit nachträglich ausgezahlt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I MB/EPV

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I MB/EPV

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

(4) 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.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann 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.

(6) 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.

(7) 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) 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.

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

(5) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung
Teil I MB/EPV
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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 bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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 den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen 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 des § 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 Tarifes.

§ 8b Beitragsanpassung
Teil I MB/EPV
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen 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.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.

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

(4) 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.

§ 9 Obliegenheiten
Teil I MB/EPV
(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d)*).

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

Teil II
Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der vierten Woche ab Feststellung anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Teil I MB/EPV
(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. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

(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/EPV
(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 geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), 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/EPV
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/EPV
(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) 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 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.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

(5) 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 Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) 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.

Teil II
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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
Teil I MB/EPV
(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 1 Teil I.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
Teil I MB/EPV
(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) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.*)

(4) In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Teil II
Abweichend von § 15 Abs. 4 Teil I endet das Versicherungsverhältnis erst mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Teil II Abs. 2 genannten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Teil I MB/EPV
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand
Teil I MB/EPV
(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/EPV
(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 Überleitungsregel für Leistungsbezieher
Teil I MB/EPV
(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif PflegeBAHRPLUS – Ergänzungstarif für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Pflegegeld bei häuslicher und vollstationärer Pflege

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	35 %
Pflegegrad 3	55 %
Pflegegrad 4	75 %
Pflegegrad 5	100 %

des vereinbarten Monatssatzes.

Pauschalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4
Einmalige Pauschalleistung in Höhe des dreifachen vereinbarten Monatssatzes

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
3 Bestimmungen zur Anwartschaftsversicherung

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Pflegegeldleistung
2 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
3 Besonderheiten zur Beitragszahlung
4 Assistanceleistungen
5 Erhöhung des Pflegegeldes

C Beiträge / Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif PflegeBAHRPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:
Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017)
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif PflegeBAHRPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach dem Tarif PflegeBAHR bestehen. Endet der Tarif PflegeBAHR, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PflegeBAHRPLUS.

Ruht der Tarif PflegeBAHR, so ruht auch der Tarif PflegeBAHRPLUS. Wird für den Tarif PflegeBAHR eine Anwartschaftversicherung vereinbart, so ist auch der Tarif PflegeBAHRPLUS in Anwartschaft zu führen.

Der Tarif PflegeBAHRPLUS kann ausschließlich in Höhe des versicherten Monatssatzes des Tarifes PflegeBAHR abgeschlossen werden.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

3 Bestimmungen zur Anwartschaftsversicherung
Abweichend von Abschnitt A 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung kann die Anwartschaftsversicherung für den Tarif PflegeBAHRPLUS nur für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung des Tarifes PflegeBAHR vereinbart werden.

Abweichend von Abschnitt B 3a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung gilt, dass der Tarif PflegeBAHRPLUS zum Ersten des Monats aktiv fortgeführt wird, in dem der Versicherungsnehmer den Wegfall der Voraussetzung zur Anwartschaftsversicherung nachweist.

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

Ergänzend zu § 1 Teil I und II wird für die Leistung gemäß Abschnitt B 1 der Kalendermonat auf 30 Tage festgesetzt, unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Tage im Monat.

Die Leistung gemäß Abschnitt B 1 wird als monatlicher Betrag erbracht und wird im Folgenden als Pflegegeld bezeichnet.

Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Monatssatz ergänzt (Beispiel: PflegeBAHRPLUS 1200).

Ergänzend zu § 6 Teil II Abs. 4 wird die monatliche Leistung gemäß Abschnitt B 1 zu Beginn des jeweiligen Folgemonats gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls wird das Pflegegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

1 Pflegegeldleistung
Ein Pflegegeld wird abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I i. V. m. § 1a Abs. 1 Teil I geleistet, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorliegt. Das Pflegegeld beträgt bei

Pflegegrad 1	10 %
Pflegegrad 2	35 %
Pflegegrad 3	55 %
Pflegegrad 4	75 %
Pflegegrad 5	100 %

des versicherten Monatssatzes. Es gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegegrade.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht. Das Pflegegeld wird entsprechend dem Pflegegrad auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

Während der leistungsfreien Wartezeit des Tarifs PflegeBAHR (vgl. Abschnitt A 1 des Tarifs PflegeBAHR und § 5 der Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2017)), verdoppelt sich eine nach diesem Abschnitt B 1 zu erbringende Pflegegeldleistung.

2 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 wird zusätzlich zum Pflegegeld nach diesem Tarif eine Einmalzahlung in Höhe des dreifachen des versicherten Monatssatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht ungeachtet des Pflegegrades nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3 Besonderheiten zur Beitragszahlung
3.1 Beitragsbefreiung:
Wird für eine versicherte Person Pflegegeld nach Pflegegrad 5 gezahlt, so wird dieser Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn) noch keine Einstufung in Pflegegrad 5 bestand oder beantragt wurde.

3.2 Beitragsreduzierung:
Wird für eine versicherte Person Pflegegeld nach Pflegegrad 4 gezahlt, so erfolgt für diesen Tarif für diese Person eine Beitragsreduzierung in Höhe von 50 Prozent, sofern zum Tarifbeginn dieses Tarifs noch keine Einstufung in Pflegegrad 4 oder 5 bestand oder beantragt wurde.

3.3 Beginn und Wegfall der Besonderheiten:
Die Regelungen zur Beitragszahlung nach Abschnitt B 3.1 und B 3.2 beginnen jeweils mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in den entsprechenden Pflegegrad erfolgt. Sie enden im Fall der Beitragsbefreiung nach Abschnitt B 3.1 am Letzten des Monats, in dem die Leistungen nach Pflegegrad 5, im Fall der Beitragsreduzierung nach Abschnitt B 3.2 am Letzten des Monats, in dem die Leistungen nach Pflegegrad 4 wegfallen.

4 Assistanceleistungen
4.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI besteht Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistanceleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

4.2 Abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistanceleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Er endet, wenn die in der SPV bzw. PPV getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

4.3 Für die Gewährung der Assistanceleistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
– nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit oder vermuteten Pflegebedürftigkeit wird unverzüglich beim Pflegeversicherungsträger ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt und
– der Versicherungsfall (Assistanceleistungen) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

5 Erhöhung des Pflegegeldes

Das vereinbarte Pflegegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 5 %, maximal jedoch in Höhe der durchschnittlichen allgemeinen Inflationsrate der jeweils vorausgegangenen drei Jahre gemäß Abschnitt B 2 des Tarifs PflegeBAHR. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt

– die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
– der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegegeldes nicht geändert hat und
– keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt versicherten Monatssatz und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung - für diese versicherte Person.

C Beiträge / Anpassungsvorschriften

1 Beitragsberechnung (zu § 8a Teil I und II)

Abweichend von § 8a Teil II gilt:
Für die in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 18. 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 des § 8a Abs. 2 Teil I.
Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 18. 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.

2 **Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)**

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

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP
Pflegetagegeldtarife

Produktlinie PflegeSchutz Unisex

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Pflegegeld bei häuslicher und vollstationärer Pflege

	PflegeSTART	PflegePLUS	PflegeTOP
Pflegegrad 1	10 % bei Unfall	10 % bei Unfall	10 %
Pflegegrad 2	35 % bei Unfall	35 % bei Unfall	35 %
Pflegegrad 3	55 % bei Unfall	55 %	55 %
Pflegegrad 4	75 %	75 %	75 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %	100 %

des versicherten Tagessatzes.

Pauschalleistung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4
Einmalige Pauschalleistung in Höhe des 90fachen vereinbarten Tagessatzes

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 Pflegetagegeldleistung
2 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
3 Besonderheiten zur Beitragszahlung
4 Assistanceleistungen
5 Erhöhung des Pflegetagegeldes

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Alterungsrückstellung
4 Gesundheitsprüfung
5 Beantragungsfrist
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:
Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017)
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Die Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP können nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert werden. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PflegeSTART, PflegePLUS bzw. PflegeTOP.

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 Pflegetagegeldleistung
Ein Pflegetagegeld wird abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I i. V. m. § 1a Abs. 1 Teil I geleistet, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorliegt. Das Pflegetagegeld beträgt in Abhängigkeit von dem versicherten Tarif bei

	PflegeSTART	PflegePLUS	PflegeTOP
Pflegegrad 1	10 % bei Unfall	10 % bei Unfall	10 %
Pflegegrad 2	35 % bei Unfall	35 % bei Unfall	35 %
Pflegegrad 3	55 % bei Unfall	55 %	55 %
Pflegegrad 4	75 %	75 %	75 %
Pflegegrad 5	100 %	100 %	100 %

des versicherten Tagessatzes. Abweichend von § 1a Abs. 3 Teil I gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegegrade.

Anspruch auf das Pflegetagegeld bei Pflegegrad 1, 2 und 3 nach Tarif PflegeSTART bzw. Pflegegrad 1 und 2 nach Tarif PflegePLUS besteht ausschließlich, wenn sich die Pflegebedürftigkeit aus einem nach Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifs (Tarifbeginn) eingetretenen Unfall ergibt.

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

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt ferner jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt. Versicherungsschutz besteht somit auch, wenn sich die Pflegebedürftigkeit ergibt aus
– Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
– Erfrierungen,
– unfallbedingten Bauch- und Unterleibsbrüchen,
– unfallbedingten Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Voraussetzung für die Leistung bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit auf Grund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht. Das Pflegetagegeld wird entsprechend dem Pflegegrad auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

2 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 wird zusätzlich zum Pflegetagegeld des jeweiligen Tarifs eine Einmalzahlung in Höhe des 90fachen des vereinbarten Pflegetagegeldsatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht ungeachtet des Pflegegrades nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3 Besonderheiten zur Beitragszahlung
3.1 Beitragsbefreiung:
Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld des jeweiligen Tarifs nach Pflegegrad 5 gezahlt, so wird der jeweilige Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Tarifbeginn des jeweiligen Tarifs noch keine Einstufung in Pflegegrad 5 bestand oder beantragt wurde.

3.2 Beitragsreduzierung:
Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld im jeweiligen Tarif nach Pflegegrad 4 gezahlt, so erfolgt für den jeweiligen Tarif für diese Person eine Beitragsreduzierung in Höhe von 50 Prozent, sofern zum Tarifbeginn des jeweiligen Tarifs noch keine Einstufung in Pflegegrad 4 oder 5 bestand oder beantragt wurde.

3.3 Beginn und Wegfall der Besonderheiten:
Die Regelungen zur Beitragszahlung nach Abschnitt B 3.1 und B 3.2 beginnen jeweils mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in den entsprechenden Pflegegrad erfolgt. Sie enden im Fall der Beitragsbefreiung nach Abschnitt B 3.1 am Letzten des Monats, in dem die Leistungen nach Pflegegrad 5, im Fall der Beitragsreduzierung nach Abschnitt B 3.2 am Letzten des Monats, in dem die Leistungen nach Pflegegrad 4 wegfallen.

4 Assistanceleistungen
4.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI besteht ab einem versicherten Tagegeldsatz von 35 EUR Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistanceleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

4.2 Abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistanceleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Er endet, wenn die in der SPV bzw. PPV getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

4.3 Für die Gewährung der Assistanceleistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
– nach Eintreten der Pflegebedürftigkeit oder vermuteten Pflegebedürftigkeit wird unverzüglich beim Pflegeversicherungsträger ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt und
– der Versicherungsfall (Assistanceleistungen) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

5 Erhöhung des Pflegetagegeldes
Das vereinbarte Pflegetagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 10 %. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt
– die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
– der Versicherungsschutz des jeweiligen Tarifs in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes nicht geändert hat.

Die Erhöhung bezieht sich auf das zuletzt versicherte Pflegetagegeld und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegetagegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung - für diese versicherte Person.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
1.1 nach Tarif PflegeSTART bzw. PflegePLUS
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes nach einem der Tarife PflegeSTART oder PflegePLUS, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz
– nach Tarif PflegeSTART in Tarif PflegePLUS oder in Tarif PflegeTOP umzustellen,
– nach Tarif PflegePLUS in Tarif PflegeTOP umzustellen.

1.2 nach Tarif PflegeTOP
Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif PflegeTOP die Umstellung in neue Tarife im Sinne von Teil I und Teil II zur Ergänzung der SPV bzw. PPV, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der SPV bzw. PPV vom Versicherer eingeführt werden.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI eingetreten ist und die Versicherung nach Tarif PflegeSTART, PflegePLUS bzw. PflegeTOP für die versicherte Person vor einem Eintrittsalter von 60 Jahren begonnen hat.

3 Alterungsrückstellung
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.

4 Gesundheitsprüfung
Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen versicherten Tagessatzes. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist
Das Optionsrecht nach Tarif PflegeSTART bzw. PflegePLUS entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

Das Optionsrecht nach Tarif PflegeTOP muss innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert.

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

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Leistungsverzeichnis für Assistanceleistungen der ergänzenden Pflegekrankenversicherung

Folgende Assistanceleistungen werden unter den in den Tarifen PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP, PflegeBAHRPLUS bzw. care+ genannten Voraussetzungen erbracht. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht nur für die unter Ziffer 3 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

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

1 Pflegeheimplatzgarantie

Der Versicherer vermittelt und organisiert einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Voraussetzung ist, dass eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege im Sinne der sozialen Pflegeversicherung nicht möglich ist oder wegen Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherer garantiert die Unterbringung der versicherten Person in einer vollständigen Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der Versicherer bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten Pflegeheimplatz.

2 Pflege-Manager

Der Pflege-Manager leistet folgende Beratungen sowie die Benennung und Vermittlung von Pflegedienstleistungen:

Beratungs-Service
- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gemäß SGB XI
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
- Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Wohn- und Wohnraumberatung
- Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen

Vermittlungs-Service
- Vermittlung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Vermittlung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Tag- und Nachtwache

Benennung von Dienstleistern
- Benennung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Benennung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Benennung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung von Ärzten und Fachärzten
- Benennung eines 24-Stunden-Notrufs
- Benennung einer Tag- und Nachtwache

Vermittlung von Betreuung für Angehörige
- Vermittlung von Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Beratungseinrichtungen

3 Vermittlung und Organisation mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden folgende Dienstleistungen. Die von den Dienstleitern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu zehn Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles übernommen (Kostenübernahme), insgesamt jedoch nicht mehr als 2.000 EUR im Kalenderjahr.

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

Fahrdienst
Zweimal in der Woche wird ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert

Menüservice
Organisation und Kostenübernahme einer Essenlieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Besorgungen/Einkäufe
Bis zu zweimal 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, der 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.

Pflegeschulung für Angehörige
Organisiert wird eine Pflegeschulung für maximal zwei pflegende Personen. Übernommen werden einmalig die Kosten von 150 EUR pro pflegender Person.

4 Reha Management

4.1 Informationsdienstleistungen
Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Erreichbarkeit von:
- Rehabilitationsberatern
- Behindertentransport-Möglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbänden und Institutionen
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim oder von/an den eigenen Wohnsitz
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- praktischen Ärzten in Wohnnähe
- Gartenhelfern, Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)

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

4.3 Berufliche Rehabilitation
4.3.1 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.

4.3.2 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.

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

4.3.4 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, Schulen nach Analyse vom Personalberater
d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

4.4 Rehabilitation eines Kindes
Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:
– spezialisierten Kindergärten
– spezialisierten Schulen
– Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
– Organisation von Elternbegleitung
– Nachhilfe zu Hause
– Tagesmüttern
– Kinderkrankenpflegepersonal

4.5 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

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung

Teil I Musterbedingungen 2017 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2017)
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege (oder ein Pflegegeld*) (Pflegekostenversicherung) oder ein Pflegetagegeld sowie sonstige im Tarif vorgesehene Leistungen. Er erbringt, sofern vereinbart, in der Pflegekostenversicherung damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person nach Maßgabe von § 1a. Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegekostenversicherung und in der Pflegetagegeldversicherung auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland. Darüber hinaus erstreckt er sich in der Pflegekostenversicherung auf Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. Der Versicherer bleibt höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er auch bei Pflege in der Bundesrepublik Deutschland 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 ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) 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.

Teil II

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall ein Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegetagegeldversicherung abweichend von § 1 Abs. 5 Teil I auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland und in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

§ 1a Begriff und Ermittlung der Pflegebedürftigkeit

Teil I MB/EPV

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftigkeit besteht nur, soweit die versicherte Person die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 3 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 ist die Beurteilung anhand folgender Kriterien:

a) Mobilität:
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

d) Selbstversorgung:
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An-und Auskleiden des Oberkörpers, An-und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   aa) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte-und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   bb) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   cc) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

dd) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der unter a) bis f) genannten Bereiche berücksichtigt.

(3) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) werden für die in Absatz 2 genannten Bereiche Einzelpunkte ermittelt, gewichtet und zu Gesamtpunkten addiert. Auf der Basis der Gesamtpunkte werden Pflegebedürftige in einen der folgenden Pflegegrade eingeordnet:

– Pflegegrad 1 (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte):
geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 2 (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte):
erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 3 (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte):
schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 4 (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte):
schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
– Pflegegrad 5 (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte):
schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit nach Maßgabe der Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(5) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 3 und 4 entsprechend.

(6) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden auf Basis ihrer Gesamtpunkte gemäß § 15 Abs. 7 SGB XI (siehe Anhang) bis zur Vollendung des 18. Monats in den nächsthöheren Pflegegrad eingestuft.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
Teil I MB/EPV

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

§ 3 Wartezeiten
Teil I MB/EPV

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt drei Jahre.

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

Teil II
Abweichend von § 3 Teil I entfällt die Wartezeit bei Unfällen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht
Teil I MB/EPV

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

(2) 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 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.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
Teil I MB/EPV

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 5*) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden;
d) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden;*)
e) soweit ein Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung hat;*)
f) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen und während der

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht;

g) bei Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, 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 nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

h) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(2) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

Teil II

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

(2) Abweichend von § 5 Abs. 1c) Teil I besteht Leistungspflicht bei einem Aufenthalt in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

(3) Abweichend von § 5 Abs. 1f) Teil I gilt die Einschränkung der Leistungspflicht nur bei häuslicher Pflege. Besteht in der privaten Pflegepflichtversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung ein Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI (siehe Anhang) oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 38 SGB XI (siehe Anhang), wird für laufende Versicherungsfälle auch in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme geleistet.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I MB/EPV

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nach Ablauf des Monats gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass die vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Soweit Nachweise für die private oder soziale Pflegepflichtversicherung erstellt wurden, sind diese vorzulegen.

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

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

(5) Die in einer Fremdwährung entstandenen Pflegekosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt. Kosten für Übersetzungen können auch von den Leistungen abgezogen werden.

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

Teil II

(1) Die in der privaten Pflegepflichtversicherung oder sozialen Pflegeversicherung getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad sind auch für die Pflegetagegeldleistung maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades. Dementsprechende Nachweise sind vom Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

(2) Überweisungskosten nach § 6 Abs. 5 Teil I werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(3) Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades sowie über die Art der Pflege können vom Versicherer verlangt werden.

(4) Fällige Pflegegelder werden für die nachgewiesene Dauer der Pflegebedürftigkeit nachträglich ausgezahlt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I MB/EPV

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I MB/EPV

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

(4) 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.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann 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.

(6) 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.

(7) 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) 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.

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

(5) Mahnkosten werden nicht erhoben.

§ 8a Beitragsberechnung
Teil I MB/EPV
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (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 bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter 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 den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen 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 des § 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 Tarifes.

§ 8b Beitragsanpassung
Teil I MB/EPV
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen 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.

(2) Wenn die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß Absatz 1 Satz 2 die Statistik der Pflegepflichtversicherung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zugrunde gelegt.

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

(4) 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 5.

§ 9 Obliegenheiten
Teil I MB/EPV
(1) Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines Nachweises (§ 6 Abs. 1 und Abs. 2) unter Angabe des Befundes und der Diagnose sowie der voraussichtlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Der Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, sowie das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) und der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1d)*).

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

Teil II
Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der vierten Woche ab Feststellung anzuzeigen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Teil I MB/EPV
(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. Bei verspätetem Zugang der Anzeige nach § 9 Abs. 1 Satz 1 wird ein vereinbartes Pflegetagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor dem Beginn der Leistungspflicht und dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt.

(2) Wird die in § 9 Abs. 6 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Dieses Recht kann nur innerhalb der ersten zehn Versicherungsjahre ausgeübt werden.

(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/EPV
(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 geleistet wird (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistungen), 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/EPV
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/EPV
(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) 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 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.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an 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.

(5) 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 Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) 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.

Teil II
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.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
Teil I MB/EPV
(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht, wenn die Versicherung nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist.

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

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

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 Abs. 1 Teil I.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
Teil I MB/EPV
(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) Das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person in der Pflegekostenversicherung endet, wenn die versicherte Person

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.*)

(4) In der Pflegetagegeldversicherung endet das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person, wenn die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Teil II
Abweichend von § 15 Abs. 4 Teil I endet das Versicherungsverhältnis erst mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts der versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Teil II Abs. 2 genannten.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Teil I MB/EPV
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand
Teil I MB/EPV
(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/EPV
(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 Überleitungsregel für Leistungsbezieher
Teil I MB/EPV
(1) Versicherte, die am 31. Dezember 2016 wegen Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz einen Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung haben, werden gemäß der nachfolgenden Tabelle einem Pflegegrad zugeordnet:

Zuordnung am 31.12.2016	Zuordnung ab 1.1.2017
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	Pflegegrad 5
Pflegestufe III als Härtefall	Pflegegrad 5
Pflegestufe III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz, auch als Härtefall	Pflegegrad 5

(2) Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 4) die Zuordnung nach Absatz 1 schriftlich mit. Weicht die Zuordnung des Versicherers von derjenigen der gesetzlichen Pflegeversicherung ab, gilt deren Zuordnung.

(3) Die Leistungen richten sich nach dem ab 1. Januar 2017 gültigen Tarif. Ersatz von Aufwendungen, Pflegegeld bzw. Pflegetagegeld werden jedoch mindestens in der am 31. Dezember 2016 zustehenden Höhe erbracht, es sei denn, eine Begutachtung führt zur Anhebung des Pflegegrades und daher zu einer höheren Versicherungsleistung, der Versicherungsschutz wird gemäß § 1 Abs. 6 umgewandelt oder die Pflegebedürftigkeit endet.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Tarif care+
Pflegegeldtarif

Ein Tarif der Marke Deutscher Ring Krankenversicherung

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Tarifstufen

careA+	Leistung bei ambulanter Pflege (häusliche Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege sowie Pflege von Menschen mit Behinderungen).
careS+	Leistung bei vollstationärer Pflege.

Pflegegeld bei ambulanter und vollstationärer Pflege
Pflegegrad 1 bis 5 100 %

des jeweils vereinbarten Monatssatzes.

Einmalzahlung
Einmalige Pauschalleistung in Höhe des dreifachen vereinbarten Monatssatzes in der Tarifstufe careA+ bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 2.

Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 4
Ab einer Pflegedürftigkeit von mindestens Pflegegrad 4 wird der Tarif beitragsfrei gestellt.

Assistanceleistungen
- Pflegeheimplatzgarantie
- Pflege-Manager
- Vermittlung und Organisation von Dienstleistungen mit Kostenübernahme
- Reha-Management

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 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Pflegegeldleistung
2 Einschränkung der Leistungspflicht
3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
4 Beitragsbefreiung
5 Assistanceleistungen
6 Erhöhung des Pflegegeldes

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Alterungsrückstellung
4 Gesundheitsprüfung
5 Beantragung
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Sonderbedingungen nach Tarif care+ (care+pur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Höhe des versicherbaren Monatssatzes
4 Ende der Versicherungsfähigkeit
5 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
6 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
7 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (care+pur)

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif care+ gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegezusatzversicherung:
Teil I Musterbedingungen 2017 (MB/EPV 2017)
Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Aufnahmefähigkeit

Der Tarif care+ kann nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert werden.

1.2 Weltgeltung

Abweichend von § 1 Abs. 5 und § 15 Abs. 4 Teil I und II gilt der Versicherungsschutz für den Tarif care+ weltweit.

Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers nach Tarif care+ ist, dass die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch

– den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK),
– andere, durch die Pflegekasse beauftragte, unabhängige Gutachter oder
– den medizinischen Dienst der Privaten (MEDICPROOF)

durchgeführt wird.

Eventuell entstehende Kosten für die Begutachtung trägt der Versicherungsnehmer.

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)

Die Leistung aus diesem Tarif wird gemäß Abschnitt B 1 als monatliches Pflegegeld erbracht und wird im Folgenden als Pflegegeld bezeichnet.

In Abweichung von § 6 Teil II Abs. 4 wird das monatliche Pflegegeld gemäß Abschnitt B 1 zu Beginn des jeweiligen Folgemonats gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls wird das Pflegegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

1 Pflegegeldleistung

1.1 Versicherbare Tarifstufen

Das Pflegegeld kann für die Leistungsarten

– ambulante Pflege (Tarifstufe careA+) und
– vollstationäre Pflege (Tarifstufe careS+)

mit jeweils einem eigenen Monatssatz vereinbart werden.

Tarifstufe	
careA+	Die Tarifstufe careA+ leistet das vereinbarte monatliche Pflegegeld bei ambulanter Pflege. Dies umfasst die häusliche Pflege, teilstationäre Pflege gemäß § 41 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI sowie die Pflege von Menschen mit Behinderungen gemäß § 43a SGB XI. Das Pflegegeld wird auch gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.
careS+:	Die Tarifstufe careS+ leistet das vereinbarte monatliche Pflegegeld bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 SGB XI.

1.2 Höhe der monatlichen Pflegegeldleistung

Bei Vorliegen ambulanter oder vollstationärer Pflege im Sinne der Tarifstufen careA+ bzw. care S+ wird ein monatliches Pflegegeld geleistet, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt. Die Pflegegrade wie auch das Vorliegen ambulanter bzw. vollstationärer Pflege sind durch geeignete Unterlagen nachzuweisen.

Das Pflegegeld beträgt bei

Pflegegrad 1 bis 5 100 %

des jeweils versicherten Monatssatzes. Es gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegegrade.

Der Wegfall der Pflegebedürftigkeit, eine Veränderung des Pflegegrades sowie der Wechsel zwischen den Leistungsarten vollstationäre und ambulante Pflege ist unverzüglich in Textform anzuzeigen und nachzuweisen.

Bei untermonatlichem Wechsel gilt der neue Pflegegrad bzw. die neue Leistungsart für den vollen Monat, in dem der Wechsel erfolgt.

1.3 Höhe des versicherbaren Monatssatzes

1.3.1 Die Tarifstufen careA+ und careS+ können nur in Kombination versichert werden.

Bei Wahl eines Monatssatzes für eine der Tarifstufen ist für die jeweils andere Tarifstufe ein Monatssatz i. H. v. mindestens 75 Prozent, maximal jedoch 125 Prozent des gewählten Monatssatzes versicherbar; der Monatssatz muss je Tarifstufe mindestens 600 EUR und darf höchstens 3.600 EUR betragen.

Beispiel 1:
Wird für die Tarifstufe careS+ ein Monatssatz von 1.000 EUR vereinbart, so muss für die Tarifstufe careA+ ein Monatssatz zwischen 750 EUR und 1.250 EUR vereinbart werden.

Beispiel 2:
Wird für die Tarifstufe careA+ ein Monatssatz von 2.000 EUR vereinbart, so muss für die Tarifstufe careS+ ein Monatssatz zwischen 1.500 EUR und 2.500 EUR vereinbart werden.

Der Monatssatz kann nur in 10 EUR-Schritten vereinbart werden.

1.3.2 In Abweichung von Abschnitt B 1.3.1 gilt:
Hat die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung nach Tarif care+ beim Versicherer den Tarif PflegeTOP mit einem Tagessatz i. H. v. mindestens 50 EUR versichert, so kann die Tarifstufe careS+ bis zu einem Monatssatz von 500 EUR ohne Tarifstufe careA+ versichert werden.

1.3.3 In Abweichung von Abschnitt B 1.3.1 gilt:
Besteht für die versicherte Person bei Abschluss der Versicherung nach Tarif care+ ein Anspruch auf Beihilfe und erstattet der Dienstherr Kosten für Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten bei vollstationärer Pflege, so kann bei der Wahl des Monatssatzes für die Tarifstufe careS+ die Mindesthöhe von 75 Prozent des gewählten Monatssatzes für die Tarifstufe careA+ unterschritten werden. Ebenso kann in diesem Fall der mindestens zu versichernde Monatssatz i. H. v. 600 EUR unterschritten werden.

2 Einschränkung der Leistungspflicht (zu § 5 Teil I und II)

2.1 Kriegsereignisse

Abweichend von § 5 Abs. 1a Teil I wird für durch Kriegsereignisse verursachte Pflegebedürftigkeit geleistet, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

Das Kriegsereignis gilt als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, endet der Versicherungsschutz 30 Tage nach Ausgabe der Reisewarnung.

2.2 Suchterkrankungen

Abweichend von § 5 Abs. 1b Teil I wird im versicherten Umfang geleistet, wenn die Pflegebedürftigkeit ganz oder teilweise auf eine Suchterkrankung zurückzuführen ist.

3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 2 wird zusätzlich zum Pflegegeld eine Einmalzahlung in Höhe des dreifachen des versicherten Monatssatzes in der Tarifstufe careA+ gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht ungeachtet des Pflegegrades nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

4 Beitragsbefreiung
Wird für eine versicherte Person Pflegegeld nach diesem Tarif für mindestens Pflegegrad 4 gezahlt, so wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn) noch keine Einstufung in Pflegegrad 4 oder 5 bestand oder beantragt wurde.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in mindestens den Pflegegrad 4 erfolgt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem keine Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 mehr vorliegt.

5 Assistanceleistungen
5.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI besteht ab einem versicherten Monatssatz von 1.000 EUR in der Tarifstufe careA+ Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem beigefügten tariflichen „Leistungsverzeichnis für Assistanceleistungen der ergänzenden Pflegekrankenversicherung“. Die Assistanceleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistanceleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Daher besteht Anspruch auf die Assistanceleistungen bereits für die Dauer des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Der Anspruch endet, wenn das Verfahren ohne Festsetzung eines Pflegegrades endet oder ein festgesetzter Pflegegrad entfällt.

5.3 Der Versicherungsfall (Assistanceleistungen) soll über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135-4948) unverzüglich gemeldet werden. Die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

6 Erhöhung des Pflegegeldes
6.1 Für versicherte Personen, die das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhöht sich das vereinbarte Pflegegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Maßgabe der nachfolgenden Abschnitte B 6.3 bis B 6.5 erstmals zum 1. Juli 2020 und danach alle drei Jahre zum 1. Juli um 10 %.

6.2 Für versicherte Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben, erhöht sich das vereinbarte Pflegegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung erstmals zum 1. Juli 2020 und danach alle sechs Jahre zum 1. Juli um 5 %.

6.3 Voraussetzung für die Erhöhung gemäß der Abschnitte B 6.1 und B 6.2 ist, dass der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten unverändert bestand.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt versicherten Monatssatz und wird jeweils auf volle 10 Euro-Beträge gerundet; sie beträgt mindestens 10 EUR.

6.4 Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

6.5 Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden in Textform widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen nach Abschnitt B 6 dieses Tarifs für diese versicherte Person.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
1.1 Option auf Umstellung in neue Tarife
Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif care+ die Umstellung in neue Tarife im Sinne von Teil I und Teil II zur Ergänzung der SPV bzw. PPV, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der SPV bzw. PPV vom Versicherer eingeführt werden, ohne Gesundheitsprüfung nach Maßgabe der nachfolgenden Abschnitte C 2 bis C 5.

1.2 Option auf Erhöhung des versicherten Pflegegeldes
Die versicherte Person hat in den nachgenannten Fällen das Recht, das bestehende Pflegegeld nach Tarif care+ ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Maßgabe der nachfolgenden Abschnitte C 2 bis C 5 zu erhöhen
– bei Geburt oder Adoption eines Kindes,
– bei Heirat oder Schließung einer Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
– bei Scheidung vom Ehepartner oder bei Aufhebung der Lebenspartnerschaft gemäß Lebenspartnerschaftsgesetz,
– bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit,
– bei Beamten bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2,
– bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer,
– bei Abschluss einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung bei der SIGNAL IDUNA Lebensversicherung a. G.,
– bei Abschluss eines VitaLife-Vertrages in der Tarif-Variante „Exklusiv“ bei der SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, wenn die Versicherung ohne Einschränkungen zustande gekommen ist.

Die Erhöhung ist jeweils begrenzt auf maximal 50 % des zum Zeitpunkt der Antragstellung vereinbarten Monatssatzes der jeweils versicherten Tarifstufe. Die Bestimmung gemäß Abschnitt B 1.3.1 hinsichtlich der Höhe der versicherbaren Monatssätze ist weiterhin zu erfüllen. Für die Höhe der Beiträge des hinzukommenden Monatsgeldes ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten oder deren Feststellung beantragt ist, keine Beitragsrückstände bestehen und keine wirksame Kündigung vorliegt.

3 Alterungsrückstellung
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.

4 Gesundheitsprüfung
Die Umstellung gemäß Abschnitt C 1.1 (bis zur Höhe des bisherigen versicherten Monatssatzes) sowie die Erhöhung des versicherten Pflegegeldes gemäß Abschnitt C 1.2 erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragung
Das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.1 muss innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung des Versicherers beim Versicherungsnehmer, in der über die Einführung des neuen Tarifs informiert wird, ausgeübt werden.

Das Optionsrecht gemäß Abschnitt C 1.2 muss innerhalb von drei Monaten nach Eintritt eines der dort aufgeführten Ereignisse ausgeübt werden. Der Eintritt des Ereignisses ist dem Versicherer durch geeignete Nachweise anzuzeigen.

Die Umstellung gemäß Abschnitt C 1.1 bzw. die Erhöhung des versicherten Pflegegeldes gemäß Abschnitt C 1.2 wird zum Ersten des Monats wirksam, der auf die Antragstellung folgt.

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

D Sonderbedingungen nach Tarif care+ (care+pur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif care+ (Tarifstufen careA+ und careS+) zusätzlich auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung der hinzukommenden Tarifstufen ohne Alterungsrückstellungen durch „pur“ ergänzt (careA+pur und careS+pur).

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Höhe des versicherbaren Monatssatzes
Der versicherte Monatssatz der Tarifstufe

– careA+pur muss dem der Tarifstufe careA+
– careS+pur muss dem der Tarifstufe careS+

entsprechen.

4 Ende der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

5 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (careA+pur, careS+pur), erfolgt die obligatorische Umstellung der Versicherung in die Tarifstufen ohne Sonderbedingungen (careA+, careS+) bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Der versicherte Monatssatz in Tarifstufe careA+ bzw. careS+ erhöht sich um den Monatssatz der zuvor in Tarifstufe careA+pur bzw. careS+pur versichert war.

Für die Höhe der Beiträge des hinzukommenden Monatsgeldes in den Tarifstufen careA+ und careS+ 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.

Der Versicherungsnehmer kann der obligatorischen Umstellung innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten durch Mitteilung in Textform zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Umstellung widersprechen. In diesem Fall endet die Versicherung in den Tarifstufen careA+pur und careS+pur. Gleichzeitig erlöschen alle erworbenen Rechte für den beendeten Teil.

6 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
Ergänzend zu Abschnitt D 5 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

7 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (care+pur)
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 ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Teil I Bedingungsteil MB/PPV 2019
Teil II Zusatzvereinbarungen
Teil III Tarifbedingungen Tarif PV (PVN/PVB)
Teil IV Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

I. Bedingungsteil - (MB/PPV 2019)

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld sowie sonstige Leistungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für berechnungsfähige Investitions- und sonstige betriebsnotwendige Kosten sind nicht erstattungsfähig.

(2) Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person. Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in Absatz 6 festgelegten Schwere bestehen.
Ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Abs. 14 i. V. m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) liegt auch dann vor, wenn eine Erkrankung der versicherten Person im Sinne des § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) besteht.

(3) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorstehend genannten Bereiche berücksichtigt.

(4) Voraussetzung für die Leistungserbringung ist, dass die versicherte Person nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) zugeordnet wird. Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(5) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in Absatz 3 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 zu § 15 Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - (siehe Anhang) dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden

nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten

und

5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(6) Zur Ermittlung des Pflegegrads sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI (siehe Anhang) festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(7) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

(8) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen aus der Krankenversicherung vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in Absatz 3 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(9) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 4 bis 8 entsprechend.

(10) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 6, 7 und 9 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(11) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Der Versicherungsfall beginnt für Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14a und 14b) frühestens mit dem in der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) angegebenen Zeitpunkt der Arbeitsverhinderung. Für Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson nach § 4 Abs. 14 i. V. m. § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) beginnt der Versicherungsfall frühestens mit der Freistellung nach § 3 Abs. 6 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang).

(12) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2019, Tarif PV, Überleitungsregelungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem SGB XI. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

(13) Entfällt bei versicherten Personen der Tarifstufe PVB der Beihilfeanspruch, werden sie nach Tarifstufe PVN weiterversichert. Stellt der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten seit dem Wegfall des Beihilfeanspruchs einen entsprechenden Antrag, erfolgt die Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung und Wartezeiten zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfeanspruch entfallen ist. Werden versicherte Personen der Tarifstufe PVN beihilfeberechtigt, wird die Versicherung nach Tarifstufe PVB weitergeführt. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich den Erwerb eines Beihilfeanspruchs anzuzeigen.

(14) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(15) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland, soweit sich nicht aus § 5 Abs. 1 etwas anderes ergibt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für einen Elternteil eine Versicherungsdauer von mindestens drei Monaten erfüllt ist. Die Wartezeit nach § 3 gilt bei Neugeborenen als erfüllt, wenn am Tage der Geburt für einen Elternteil die Wartezeit gemäß § 3 erfüllt ist. Die Anmeldung zur Versicherung soll spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

(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, sofern nicht Beitragsfreiheit gemäß § 8 Abs. 2 bis 4 besteht sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie des § 8 Abs. 5, die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom technischen Versicherungsbeginn (§ 2 Abs. 1) an.

(2) Sie beträgt bei erstmaliger Stellung eines Leistungsantrages zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der

letzten zehn Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens zwei Jahre bestanden haben muss.

(3) Für versicherte Kinder gilt die Wartezeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(4) Personen, die aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden oder von einer privaten Pflegepflichtversicherung zu einer anderen wechseln, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit angerechnet.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

A. Leistungen bei häuslicher Pflege

(1) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 1 Abs. 3 genannten Bereichen. Leistungen der häuslichen Pflegehilfe werden auch erbracht, wenn die versicherte Person nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt wird; keine Leistungspflicht besteht jedoch bei häuslicher Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim), in einer stationären Einrichtung, in der die medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung (vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen) stehen, sowie im Krankenhaus.
Häusliche Pflegehilfe umfasst Leistungen, die darauf abzielen, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten der versicherten Person so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

Die häusliche Pflegehilfe muss durch geeignete Pflegekräfte erbracht werden, die entweder von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt. Ein ambulanter Betreuungsdienst im Sinne des § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) kann nur pflegerische Betreuungsleistungen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen. Mehrere versicherte Personen können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 ein Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 für bis zu sechs Wochen und während einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

(3a) Versicherte Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI – siehe Anhang) haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

a) bei Pflegegrad 2 und 3 einmal halbjährlich,
b) bei Pflegegrad 4 und 5 einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, mit dem ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder der von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von dem Träger der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragte, jedoch von ihm nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung kann auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen sowie durch Pflegeberater der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß Absatz 18 erfolgen. Aufwendungen für die Beratung werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Ruft die versicherte Person die Beratung nicht ab, so wird das Pflegegeld angemessen gekürzt und im Wiederholungsfall die Zahlung eingestellt.
Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 und versicherte Personen, die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 beziehen, können halbjährlich einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV erstattet. Eine Beratung durch einen Betreuungsdienst nach § 71 Abs. 1a SGB XI (siehe Anhang) ist nicht erstattungsfähig.

(5) Nimmt die versicherte Person Aufwendungsersatz nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, erhält sie unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die versicherte Person Aufwendungsersatz in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis sie Pflegegeld und Aufwendungsersatz in Anspruch nehmen will, ist die versicherte Person für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2 des Tarifs PV erhalten hat.

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat und zum Zeitpunkt der Verhinderung bei der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 vorliegt.

(7) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 4 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Entscheiden sich versicherte Personen für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) gilt entsprechend.
Der Anspruch umfasst auch den Ersatz von Aufwendungen für die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.
Die Auszahlung der Versicherungsleistungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung kann von dem Versicherer davon abhängig gemacht werden, dass die versicherte Person sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in deren Gebrauch ausbilden lässt.

Für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der versicherten Person, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, können gemäß Nr. 4.3 des Tarifs PV subsidiär finanzielle Zuschüsse gezahlt werden, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbstständige Lebensführung der versicherten Person wiederhergestellt wird.

(7a) Versicherte pflegebedürftige Personen haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind,
2. sie Leistungen nach den Absätzen 1, 2, 5, 16 oder 17 beziehen; pflegebedürftige Personen in Pflegegrad 1 müssen diese Voraussetzung nicht erfüllen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

Leistungen nach Absatz 8 können zusätzlich zu diesem Zuschlag nur in Anspruch genommen werden, wenn sich aus den Feststellungen nach § 6 ergibt, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.

B. Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)

(8) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist, Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie für sonstige Leistungen gemäß Nr. 5 des Tarifs PV. Allgemeine Pflegeleistungen sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch setzt voraus, dass stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) in Anspruch genommen werden. Das sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

(9) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

C. Kurzzeitpflege

(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Die Leistungen werden

a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person oder
b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

D. Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

(11) Versicherte Personen der Pflegegrade 2 bis 5 haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Erstattungsfähig ist gemäß Nr. 7.3 des Tarifs PV auch ein von der vollstationären Pflegeeinrichtung berechnetes zusätzliches Entgelt, wenn die versicherte Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Die vorübergehende Abwesenheit der versicherten Person aus der Pflegeeinrichtung unterbricht den Leistungsanspruch nicht, solange der Pflegeplatz bis zu 42 Tage im Kalenderjahr für die versicherte Person freigehalten wird; dieser Abwesenheitszeitraum verlängert sich bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen um die Dauer dieser Aufenthalte. Versicherte Personen mit Pflegegrad 1 haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen gemäß Nr. 7.5 des Tarifs PV.

(12) Versicherte Personen in stationärer Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, gemäß Nr. 7.4 des Tarifs PV.

E. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung sowie an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die Feststellungen nach § 6 Abs. 2 umfassen dazu auch Ermittlungen, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft der Versicherer. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitragszahlung nicht. Üben mehrere Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, richtet sich die Höhe des vom Versicherer zu entrichtenden Beitrags nach dem Verhältnis des Umfanges der jeweiligen Pflegetätigkeit der Pflegeperson zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt.
Ferner meldet der Versicherer die Pflegepersonen zwecks Einbeziehung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen

Unfallversicherung an den zuständigen Unfallversicherungsträger. Für Pflegepersonen, die eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 ehrenamtlich wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit gemäß Nr. 8 des Tarifs PV.

F. Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(14) Für Pflegepersonen, die als Beschäftigte gemäß § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt werden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne von § 8 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV) - (siehe Anhang) wird, zahlt der Versicherer nach Maßgabe von Nr. 9.1 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung.

(14a) Für Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang), die für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung von ihrem Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 SGB V (siehe Anhang) oder nach § 45 Abs. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII) - (siehe Anhang) beanspruchen können und nahe Angehörige nach § 7 Abs. 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) der versicherten Person sind, zahlt der Versicherer einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage nach Nr. 9.2 des Tarifs PV.

(14b) Für landwirtschaftliche Unternehmer im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KVLG 1989 (siehe Anhang), die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen (versicherte Person) in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen, zahlt der Versicherer anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe nach Nr. 9.3 des Tarifs PV.

G. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese dienen dem Ziel, soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

H. Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für qualitätsgesicherte und entsprechend zertifizierte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der versicherten Personen bei der Gestaltung des Alltags gemäß Nr. 11 des Tarifs PV.
Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11a) bis d) des Tarifs PV Mittel der Ersatzpflege (Absatz 6) eingesetzt werden.

(17) Soweit Versicherte mit mindestens Pflegegrad 2 in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 des Tarifs PV bezogen haben, können sie Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 Prozent des für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe betragen. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme derjenigen Leistungen, die der versicherten Person bei häuslicher Pflege nach Nr. 1 des Tarifs PV zustehen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, so gilt die Beratungspflicht nach Absatz 4 entsprechend. Wenn die versicherte Person die Beratung nicht abruft, gilt Absatz 4 Satz 4 mit der Maßgabe, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt.

I. Pflegeberatung

(18) Versicherte Personen haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Versicherungs- und Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.
Der Anspruch umfasst insbesondere

a) die systematische Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung nach § 6 Abs. 2 sowie, wenn die versicherte Person zustimmt, der Beratung nach Absatz 4,
b) die Erstellung eines individuellen Pflege- und Hilfekonzepts mit den im Einzelfall erforderlichen Versicherungs- und Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen,
c) das Hinwirken auf die für die Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts erforderlichen Maßnahmen,
d) die Überwachung der Durchführung des Pflege- und Hilfekonzepts und erforderlichenfalls eine Anpassung an eine veränderte Bedarfslage,
e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses sowie
f) die Information über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.
Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird, oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist. Auf Wunsch der versicherten Person erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. Aufwendungsersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;

b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 haben. Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 in den ersten vier Wochen der häuslichen Krankenpflege sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

b) während der Durchführung einer vollstationären Heilbehandlung im Krankenhaus sowie von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, für die Dauer des stationären Aufenthaltes in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 und während der Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, es sei denn, dass diese ausschließlich auf Pflegebedürftigkeit beruht. Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang); bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Abs. 6 Satz 1 SGB XII (siehe Anhang) anzuwenden ist, wird das Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt;

c) für Aufwendungen aus Pflege durch Pflegekräfte oder Einrichtungen, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn diese Aufwendungen nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss entstehen. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen. Findet der Pflegebedürftige innerhalb dieser drei Monate keine andere geeignete Pflegekraft, benennt der Versicherer eine solche;

d) für Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, soweit die Krankenversicherung oder andere zuständige Leistungsträger wegen Krankheit oder Behinderung für diese Hilfsmittel zu leisten haben.

(3) Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

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

§ 5a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen nach Deutschland begeben, um in einer privaten Pflegepflichtversicherung, in die sie aufgrund einer nach § 315 SGB V (siehe Anhang) abgeschlossenen privaten Krankenversicherung oder aufgrund einer Versicherung im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang) aufgenommen worden sind, missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat gestellt, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an erbracht. In allen Fällen ist Voraussetzung, dass eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Grad und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt oder durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung festzustellen. Hierbei hat dieser auch konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlung gilt hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen gemäß § 4 Abs. 7 Satz 1 dienen, jeweils als entsprechender Leistungsantrag, sofern der Versicherungsnehmer bzw. die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person zustimmt. Die Feststellungen nach Satz 1 enthalten ggf. auch solche nach § 4 Abs. 7a Satz 2 zur teilstationären Pflege in ambulant betreuten Wohngruppen oder Ergebnisse der zu Leistungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen erhobenen Ermittlungen nach § 4 Abs. 13. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder einstellen. Die Untersuchung im Wohnbereich kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht.

Die Kosten der genannten Untersuchungen, Feststellungen und Ermittlungen trägt der Versicherer, es sei denn, es wird innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten erneut der Eintritt eines Versicherungsfalles behauptet, ohne dass der Versicherer seine Leistungspflicht anerkennt.

Die versicherte Person hat gegen den Versicherer Anspruch auf Übermittlung der schriftlichen Ergebnisse nach den Sätzen 1 und 2, der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nach Satz 5 und einer auf die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der nachstehend in Satz 5 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in vollstationärer Pflege befindet und bei ihr bereits mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt worden sind. Die Sätze 1 und 2 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung. Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder des Gutachters des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.
Befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI - siehe Anhang);
befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI - siehe Anhang) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI - siehe Anhang), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags, dieselbe Frist gilt bei Hospiz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI - siehe Anhang);
wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI - siehe Anhang). Bei versicherten Personen nach Satz 5 besteht jedoch kein Anspruch auf die Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 5 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 5 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabeinstufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen befristet werden und enden dann mit Ablauf der Frist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bewilligter Leistungen nicht aus. Der Befristungszeitraum beträgt insgesamt höchstens drei Jahre.

(4) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(5) 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.

(6) Von den Leistungen können die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

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

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
(1) Vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 ist für jede versicherte Person ein Beitrag zu zahlen. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag ist an die vom Versicherer bezeichnete Stelle zu entrichten.

(2) Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung versicherten Person sowie die Kinder von beitragsfrei versicherten Kindern sind beitragsfrei versichert, wenn sie

a) nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) versicherungspflichtig sind,
b) nicht nach § 22 SGB XI (siehe Anhang) von der Versicherungspflicht befreit sind,
c) keinen Anspruch auf Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 SGB XI (siehe Anhang) haben,
d) nicht hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und
e) kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang) überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; das Einkommen eines Kindes aus einem landwirtschaftlichen Unternehmen, in dem es Mitunternehmer ist, ohne als landwirtschaftlicher Unternehmer im Sinne des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zu gelten, bleibt außer Betracht; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes (siehe Anhang), einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes (siehe Anhang),
d) ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX) - siehe Anhang) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach Buchstaben a), b) oder c) beitragsfrei versichert war oder die beitragsfreie Versicherung nur wegen einer Pflichtversicherung nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 SGB XI (siehe Anhang) oder § 20 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) ausgeschlossen war.

Als Kinder im Sinne der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten auch Stiefkinder und Enkel, die die versicherte Person überwiegend unterhält, sowie Personen, die mit der versicherten Person durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft wie Kinder mit Eltern verbunden sind (Pflegekinder). Kinder, die mit dem Ziel der Annahme als Kind in die Obhut des Annehmenden aufgenommen sind und für die die zur Annahme

erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist, gelten als Kinder des Annehmenden und nicht als Kinder der leiblichen Eltern.
Die Beitragsfreiheit nach Buchstaben a), b) und c) bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

(4) Die Beitragsfreiheit nach den Absätzen 2 und 3 besteht auch dann, wenn die Eltern und das Kind bei unterschiedlichen privaten Versicherern versichert sind. Die Beitragsfreiheit für Kinder endet zum Ersten des Monats, in dem sie eine Erwerbstätigkeit aufnehmen.

(5) Für versicherte Personen, die über eine ununterbrochene Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen verfügen, wird der zu zahlende Beitrag auf den jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt; dieser bemisst sich nach dem durch Gesetz festgesetzten bundeseinheitlichen Beitragssatz und der Beitragsbemessungsgrenze gemäß § 55 Abs. 1 und 2 SGB XI (siehe Anhang). Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder auf freie Heilfürsorge haben, wird der Beitrag unter den Voraussetzungen des Satzes 1 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt.

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

(7) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(8) Gerät der Versicherungsnehmer bei der privaten Pflegepflichtversicherung mit sechs oder mehr Monatsbeiträgen in Verzug, kann von der zuständigen Verwaltungsbehörde ein Bußgeld bis zu 2.500 Euro verhängt werden. Gerät der Versicherungsnehmer bei einer aufgrund besonderer Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 abgeschlossenen Auslandsversicherung in Verzug, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter den Voraussetzungen des § 38 VVG (siehe Anhang) kündigen.

(9) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

§ 8a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe des § 110 SGB XI (siehe Anhang) und ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Der erste Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter und dem Gesundheitszustand der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

(3) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. 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.

(4) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend dem erforderlichen Beitrag ändern.

§ 8b Beitragsänderungen

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflegedauern, der Häufigkeit von Pflegefällen, aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend werden anhand einer Statistik der Pflegepflichtversicherung jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten verglichen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Veränderung von mehr als fünf Prozent, so werden die Beiträge überprüft und, soweit erforderlich sowie vorbehaltlich der Höchstbeitragsgarantie gemäß § 8 Abs. 5, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst.
Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen (vgl. § 1 Abs. 12), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

(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) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den Technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen. Anzuzeigen sind auch Änderungen in der Person und im Umfang der Pflegetätigkeit einer Pflegeperson, für die der Versicherer Leistungen zur sozialen Sicherung gemäß § 4 Abs. 13 oder Leistungen bei Pflegezeit gemäß § 4 Abs. 14 erbringt.

(2) Nach Eintritt des Versicherungsfalles gemäß § 1 Abs. 2 sind ferner anzuzeigen jede Krankenhausbehandlung, stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation, Kur- oder Sanatoriumsbehandlung, jede Unterbringung aufgrund richterlicher Anordnung, das Bestehen eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) aus der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V (siehe Anhang) sowie der Bezug von Leistungen gemäß § 5 Abs. 1b).

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles, der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges sowie für die Beitragseinstufung der versicherten Person erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Der Versicherungsnehmer hat die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch beitragsfrei mitversicherte Kinder unverzüglich in Textform anzuzeigen.

(5) Der Abschluss einer weiteren privaten Pflegepflichtversicherung bei einem anderen Versicherer ist nicht zulässig. Tritt für eine versicherte Person Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, ist der Versicherer unverzüglich in Textform zu unterrichten.

(6) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Ermittlung und Verwendung der individuellen Krankenversichertennummer gemäß § 290 SGB V (siehe Anhang) zu ermöglichen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(1) Unbeschadet des Kündigungsrechtes gemäß § 14 Abs. 2 ist der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn und solange eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt ist.

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

(3) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Pflichten nach § 9 Abs. 3, 4 und 6 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer oder von der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person dafür Ersatz verlangen.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
(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 auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung
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
(1) Endet die für eine versicherte Person bestehende Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung, z. B. wegen Eintritts der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 20 oder § 21 SGB XI (siehe Anhang), wegen Beendigung der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder wegen Beendigung einer der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) genügenden privaten Krankenversicherung, deren Fortführung bei einem anderen Versicherer oder wegen Wegfall sonstiger die Versicherungspflicht der versicherten Person begründender Voraussetzungen, so kann der Versicherungsnehmer die private Pflegepflichtversicherung dieser Person binnen drei Monaten seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zu deren Ende kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung 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 in der sozialen Pflegeversicherung zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis der betroffenen versicherten Person nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er das Ende der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsverhältnisses zu. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

(2) Bei fortbestehender Versicherungspflicht wird eine Kündigung erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(3) Bei Kündigung des Versicherungsverhältnisses und gleichzeitigem Abschluss eines neuen Vertrages der privaten Pflegepflichtversicherung kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 14 Abs. 6 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.
Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Abs. 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 26a SGB XI (siehe Anhang) begründetes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer ferner mit einer Frist von zwei Monaten zum Monatsende kündigen.

(6) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn); es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer
(1) Eine Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung durch Kündigung oder Rücktritt seitens des Versicherers ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 Nr. 1 SGB XI (siehe Anhang) besteht. Bei einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht kann der Versicherer jedoch, falls mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ein Beitragszuschlag erforderlich ist, vom Beginn des Versicherungsvertrages an den höheren Beitrag verlangen. § 8 Abs. 5 bleibt unberührt.

(2) In den Fällen des § 9 Abs. 5, § 13 Abs. 1 sowie beim Wegfall des Kontrahierungszwanges gemäß Absatz 1 Satz 1 aus sonstigen Gründen kann der Versicherer die private Pflegepflichtversicherung auch seinerseits mit den für den Versicherungsnehmer geltenden Fristen und zu dem für diesen maßgeblichen Zeitpunkt kündigen. Später kann der Versicherer nur mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Versicherungsjahres (§ 13 Abs. 6) kündigen.

(3) Bei einem wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhenden Versicherungsverhältnis verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe
(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch die Pflicht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn und solange für sie eine private Krankenversicherung mit Anspruch auf Kostenerstattung für allgemeine Krankenhausleistungen besteht. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

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

(3) Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes des Versicherungsnehmers ins Ausland, es sei denn, dass insoweit eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Ein diesbezüglicher Antrag ist spätestens innerhalb eines Monats nach Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes zu stellen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Antrag anzunehmen, falls er innerhalb der vorgenannten Frist gestellt wurde. Für die Dauer der besonderen Vereinbarung ist der für die private Pflegepflichtversicherung maßgebliche Beitrag zu zahlen; die Leistungspflicht des Versicherers ruht gemäß § 5 Abs. 1a).
Für versicherte Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland beibehalten, gilt Absatz 1 Satz 2 und 3 entsprechend.

(4) Bei Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person ins Ausland endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine besondere Vereinbarung getroffen wird. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand
Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Örtlich zuständig ist das Sozialgericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Sitz oder Wohnsitz oder in Ermangelung dessen seinen Aufenthaltsort hat. Steht der Versicherungsnehmer in einem Beschäftigungsverhältnis, kann er auch vor dem für den Beschäftigungsort zuständigen Sozialgericht klagen.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(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 Beitragsrückerstattung
Die aus dem „Abrechnungsverband private Pflegepflichtversicherung“ der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführten Mittel werden insbesondere zur Limitierung der Beiträge der versicherten Personen und zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen verwendet.

II. Zusatzvereinbarungen

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI am 1. Januar 1995 bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind oder die in der Zeit vom 1. Januar bis 30. Juni 2002 von ihrem Beitrittsrecht gemäß § 26a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt Folgendes:

In Abweichung von

1. § 3 MB/PPV 2019 entfällt die Wartezeit;
2. § 8 Abs. 3 MB/PPV 2019 besteht Anspruch auf beitragsfreie Mitversicherung von behinderten Menschen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des SGB XI die Voraussetzungen nach Buchstabe d) nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte;
3. § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019
   a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 Prozent, bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 Prozent des jeweiligen Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung begrenzt, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (siehe Anhang), überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.
   Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.
   Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;
   b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
4. § 8a Abs. 2 MB/PPV 2019 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 Pflege-Versicherungsgesetz (siehe Anhang) bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung haben befreien lassen. Sie gelten ferner für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen einschließlich der Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge, die nicht bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sofern zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht.

Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG (siehe Anhang)

Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die im Basistarif versichert sind, gilt Folgendes:

In Abweichung von § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019

a) wird die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;
b) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) - Zweites Buch (II) - oder des SGB XII auf den halben Höchstbeitrag vermindert ist.
c) wird der zu zahlende Beitrag bei Versicherten im Basistarif ab 1. Januar 2009 auf 50 Prozent des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn allein durch die Zahlung des Höchstbeitrages zur privaten Pflegepflichtversicherung Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII entsteht.

Endet die Versicherung im Basistarif, entfallen diese Zusatzvereinbarungen für die private Pflegepflichtversicherung.

III. Tarifbedingungen

Tarif PV mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2019) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

Leistungen der Versicherer

Tarifstufe PVN
für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe

Die Tarifleistungen betragen 100 Prozent der nach den Nummern 1 - 14 vorgesehenen Beträge.

Tarifstufe PVB
für versicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge bei Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Die Tarifleistungen betragen gemäß § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (siehe Anhang) i. V. m. § 46 Abs. 2 und 3 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) - (siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte	50 Prozent
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern	30 Prozent
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV (siehe Anhang) ein Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zusteht,	30 Prozent
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer	30 Prozent
5. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen	20 Prozent

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1 - 14 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1 Häusliche Pflege
Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe werden je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis zu	689 EUR,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis zu	1.298 EUR,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis zu	1.612 EUR,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis zu	1.995 EUR

erstattet.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern des Pflegedienstes und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung gemäß § 89 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungen, soweit nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2 Pflegegeld
2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

a) 316 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
b) 545 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
c) 728 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
d) 901 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Das Pflegegeld wird in monatlichen Raten jeweils für den zurückliegenden Monat gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

2.2 Für die Beratung wird der von den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannte Betrag erstattet. Wurde für die beratende Stelle noch kein solcher Betrag vereinbart, werden für die Beratung in den Pflegegraden 1, 2 und 3 bis zu 23 EUR, in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 EUR erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 EUR je Kalenderjahr erstattet.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der versicherten Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, wird die Erstattung auf den Betrag des Pflegegeldes für den festgestellten Pflegegrad gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV begrenzt. Zusätzlich können auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, erstattet werden. Die Erstattungen nach den Sätzen 2 und 3 sind zusammen auf die in Satz 1 genannten Beträge begrenzt.

Wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, erfolgt die Erstattung in Höhe des in Satz 1 genannten Betrages.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 EUR auf insgesamt bis zu 2.418 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fortgeschrieben. Im Einzelfall sind Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen.

4.1 Technische Pflegehilfsmittel werden in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Lehnen versicherte Personen die leihweise Überlassung eines technischen Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Aufwendungen für das technische Pflegehilfsmittel in vollem Umfang selbst zu tragen.
Soweit Leihe nicht möglich ist, werden Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel zu 100 Prozent erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von zehn Prozent der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 EUR je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 40 EUR je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000 EUR je Maßnahme begrenzt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 EUR berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

5 Teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege)
Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

a) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 bis zu 689 EUR,
b) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3 bis zu 1.298 EUR,
c) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 bis zu 1.612 EUR,
d) bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 EUR

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person zu und von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege sowie die Aufwendungen für Betreuung und für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind die zwischen den Trägern der Pflegeheime und den Leistungsträgern der sozialen Pflegeversicherung bzw. in den Pflegesatzkommissionen vereinbarten Pflegesätze. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für die allgemeinen Pflegeleistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 Prozent der in Satz 1 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

6 Kurzzeitpflege
Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.612 EUR pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 Prozent gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 EUR auf insgesamt bis zu 3.224 EUR im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d. h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7 Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
7.1 Bei vollstationären Pflegeeinrichtungen werden im Rahmen der gültigen Pflegesätze pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal

a) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 in Höhe von 770 EUR je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 in Höhe von 1.262 EUR je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 in Höhe von 1.775 EUR je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 in Höhe von 2.005 EUR je Kalendermonat

erstattet. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden insoweit übernommen, als der jeweils nach Satz 1 zustehende Leistungsbetrag die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 werden bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2) die Aufwendungen gemäß Nr. 7.1 Satz 1 mit einem Betrag in Höhe von zehn Prozent des nach § 75 Abs. 3 SGB XII (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 266 EUR je Kalendermonat, abgegolten. Wird für die Tage, an denen die versicherte Person zu Hause gepflegt und betreut wird, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Nr. 5 Satz 3 und 4 des Tarifs PV gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.3 Erstattungsfähig gemäß § 4 Abs. 11 Satz 3 ist ein Betrag von 2.952 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.4 Erstattungsfähig sind die gemäß § 84 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) und § 85 Abs. 8 SGB XI (siehe Anhang) vereinbarten Vergütungszuschläge.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.5 Für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 werden pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege pauschal in Höhe von 125 EUR je Kalendermonat erstattet.

Nr. 5 Satz 4 des Tarifs PV gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

8 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
Die Zahlung der Beiträge an den zuständigen Träger der Rentenversicherung oder an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung erfolgt nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166 und 170 Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI) - (siehe Anhang) in Abhängigkeit von der jährlich neu festzusetzenden Bezugsgröße, dem Pflegegrad und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

Die Zahlung der Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit erfolgt nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347 und 349 Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III) - (siehe Anhang).

In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9 Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

9.1 Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt bei Freistellungen nach § 3 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) nach Maßgabe von § 44a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang); ihrer Höhe nach sind sie begrenzt auf die Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten sind, und dort die tatsächlich gezahlten Beiträge nicht übersteigen.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.2 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (siehe Anhang) richtet sich nach § 45 Abs. 2 Satz 3 bis 5 SGB V (siehe Anhang).
Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 232b, 249c, 252 SGB V (siehe Anhang) bzw. zur Krankenversicherung der Landwirte nach Maßgabe der §§ 48a, 49 KVLG 1989 (siehe Anhang) gezahlt.
Die Zahlung der Zuschüsse zur Krankenversicherung für eine Versicherung bei einer privaten Krankenversicherung, bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten erfolgt während der Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach Maßgabe von § 44a Abs. 4 SGB XI (siehe Anhang). Die Zuschüsse zu den Beiträgen belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Arbeitgeberanteil nach § 249c SGB V (siehe Anhang) aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.
Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 26, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.
Die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld werden nach Maßgabe der §§ 3, 137, 166, 173, 176, 191 SGB VI (siehe Anhang) gezahlt.
Für Pflichtmitglieder in einem berufsständischen Versorgungswerk werden die Beiträge nach Maßgabe des § 44a Abs. 4 Satz 5 SGB XI (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

9.3 Landwirtschaftliche Unternehmer erhalten Betriebshilfe entsprechend § 9 KVLG 1989 (siehe Anhang). Diese Kosten werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse erstattet. Für privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer wird stattdessen ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 EUR täglich für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zahlungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

10 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Soweit der Versicherer die Kurse nicht selbst oder gemeinsam mit anderen Krankenversicherern durchführt, erstattet er, entsprechend dem tariflichen Prozentsatz, die Aufwendungen für den Besuch eines Pflegekurses, der von einer anderen vom Versicherer beauftragten Einrichtung durchgeführt wird.

11 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Anspruch auf einen Entlastungsbetrag

Zweckgebundene Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung nahestehender Pflegepersonen sowie zur selbstbestimmten Entlastung des Alltags im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,
b) der Kurzzeitpflege,
c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 7, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder
d) der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang),

werden bis zu 125 EUR monatlich erstattet. Wird der Betrag nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

12 Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung

Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 EUR.

13 Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen

Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 214 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

14 Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen

Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 EUR durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 EUR.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

IV. Regelungen zur Überleitung in die Pflegegrade und zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ab 1. Januar 2017 (Überleitungsregelungen)

§ 1
(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 2 Besitzstandsschutz
(1) Versicherte Personen sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen für häusliche Pflegehilfe (§ 4 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV 2015), für Pflegegeld (§ 4 Abs. 2 MB/PPV 2015), für Kombinationsleistungen (§ 4 Abs. 5 MB/PPV 2015), für den Wohngruppenzuschlag (§ 4 Abs. 7a MB/PPV 2015), für Verbrauchshilfsmittel (§ 4 Abs. 7 MB/PPV 2015), für teilstationäre Pflege (§ 4 Abs. 8 MB/PPV 2015), bei Pflegezeit der Pflegeperson und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 4 Abs. 14 MB/PPV 2015) und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16, 16a MB/PPV 2015).
Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 i. V. m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 richtet sich der Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2.
Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der vollstationären Pflege (§ 4 Abs. 11 MB/PPV 2015) bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach § 3.
Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte Personen,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2015 i. V. m. Nr. 11.1 des Tarifs PV 2015 haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach § 4 Abs. 1, 2 und 8 MB/PPV 2019 unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 4 und 5 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 EUR monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den § 4 Abs. 1, 2, 8 und 16a MB/PPV 2015 am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 4 Abs. 16 MB/PPV 2019. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 EUR und dem Leistungsbetrag, der in § 4 Abs. 16 MB/PPV 2019 i. V. m. Nr. 11 des Tarifs PV 2019 festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag muss der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2019) schriftlich mitteilen und erläutern.

§ 3 Besitzstandsschutz in der vollstationären Pflege
(1) Ist bei versicherten Personen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Dezember 2016, so zahlt der Versicherer einen monatlichen Zuschlag in Höhe der Differenz. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 i. V. m. Nr. 7 des Tarifs PV 2019 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für medizinische Behandlungspflege übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, wird der Zuschlag entsprechend gekürzt. Der monatliche Zuschlagsbetrag sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe wird dem Versicherungsnehmer bzw. der als empfangsberechtigt benannten versicherten Person (§ 6 Abs. 5 MB/PPV 2019) schriftlich mitgeteilt. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

(2) Für versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 4 Abs. 10 MB/PPV 2015 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Leistungen der vollstationären Pflege nach § 4 Abs. 11 MB/PPV 2019 in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen, ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherte Person im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätte. Absatz 1 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3) Wechseln versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 und 2 zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag nach Absatz 1 aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die versicherten Personen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten versicherte Personen mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 1 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 1 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(4) Erhöht sich für versicherte Personen im Sinne der Absätze 1 bis 3 der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 1 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für versicherte Personen, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 2 gewesen wäre.

(5) Versicherte Personen, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß Tarif Nr. 7.1 Satz 3 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. In Tarifstufe PVB wird der Zuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

§ 4 Besitzstandsschutz bei Leistungen der sozialen Sicherung
(1) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 13 MB/PPV 2015 hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Abs. 2 und 3 SGB VI in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung (siehe Anhang), wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(2) (Regelung ist gegenstandslos geworden.)

(3) Absatz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/PPV 2019 vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 4 Abs. 13 MB/PPV 2019 ist.

Absatz 1 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Abs. 2 SGB VI in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (siehe Anhang) führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 SGB VI (siehe Anhang) eintritt.

§ 5
(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

§ 6
(Regelung ist gegenstandslos geworden.)

Zusatzvereinbarung für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2019) und Tarif PV) gilt Folgendes:

(1) Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten im Sinne von § 20 Abs. 1 Nrn. 9 und 10 SGB XI werden in Tarifstufe PVN versichert. Über die in Satz 1 genannte Eigenschaft ist eine Bescheinigung vorzulegen.

(2) Die unter Nr. 1 genannten Versicherten zahlen für Leistungen nach den Nrn. 1 bis 14 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2019 einen monatlichen Beitrag, der sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen ergibt.

(3) Besonders vereinbarte Beitragszuschläge ruhen während der Beitragseinstufung aufgrund der in Nr. 1 genannten Eigenschaft.

(4) Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeiträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2019, Nr. 3b der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26a Abs. 1 SGB XI“ oder der „Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG“, so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

(5) Nach Wegfall der Eigenschaft gemäß Nr. 1, spätestens ab Vollendung des 39. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.

(6) Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b MB/PPV 2019 wird der Beitrag dergestalt begrenzt, dass das Verhältnis zwischen dem Beitrag für die unter Nr. 1 genannten Versicherten und dem jeweiligen Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung dem am 1. Januar 1995 maßgeblichen Verhältnis entspricht.

(7) Für eine Änderung dieser Zusatzvereinbarungen gilt § 18 MB/PPV 2019 entsprechend.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Pflegepflichtversicherung

Die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung zitierten Rechtsvorschriften sind nachfolgend wiedergegeben.

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV)

§ 46 Bemessung der Beihilfe
(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für
1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

§ 35 Pflegezulage
(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 321 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 548, 779, 1.000, 1.299 oder 1.598 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

§ 2 Pflichtversicherte

(1) In der Krankenversicherung der Landwirte sind versicherungspflichtig

1. Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft einschließlich des Wein- und Gartenbaus sowie der Teichwirtschaft und der Fischzucht (landwirtschaftliche Unternehmer), deren Unternehmen, unabhängig vom jeweiligen Unternehmer, auf Bodenbewirtschaftung beruht und die Mindestgröße erreicht; § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte gilt,
2. Personen, die als landwirtschaftliche Unternehmer tätig sind, ohne daß ihr Unternehmen die Mindestgröße im Sinne der Nummer 1 erreicht, wenn
   a) ihr landwirtschaftliches Unternehmen die nach § 1 Abs. 5 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte festgesetzte Mindestgröße um nicht mehr als die Hälfte unterschreitet und sie nicht nach Nummer 4 versicherungspflichtig sind und
   b) das Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen, das sie neben dem Einkommen aus dem landwirtschaftlichen Unternehmen haben, sowie das in § 5 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Vorruhestandsgeld im Kalenderjahr die Hälfte der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht übersteigt,
3. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, wenn sie das fünfzehnte Lebensjahr vollendet haben oder wenn sie als Auszubildende in dem landwirtschaftlichen Unternehmen beschäftigt sind,
4. Personen, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte erfüllen und diese Rente beantragt haben,
5. Personen, die das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet haben und während der letzten fünfzehn Jahre vor Vollendung des fünfundsechzigsten Lebensjahres mindestens sechzig Kalendermonate als landwirtschaftliche Unternehmer nach Nummer 1 oder 2 oder als mitarbeitende Familienangehörige nach Nummer 3 versichert waren, sowie die überlebenden Ehegatten und eingetragenen Lebenspartner (Lebenspartner) dieser Personen,
6. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 oder 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen,
7. Personen, die die Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

§ 9 Betriebshilfe

(1) Nach § 2 versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer erhalten anstelle von Krankengeld oder Mutterschaftsgeld Betriebshilfe nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Betriebshilfe wird während der Krankenhausbehandlung des landwirtschaftlichen Unternehmers oder während einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt, wenn in dem Unternehmen keine Arbeitnehmer und keine versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ständig beschäftigt werden. Betriebshilfe wird für längstens drei Monate gewährt, soweit die Satzung nicht längere Zeiten vorsieht.

(3) Die Satzung kann bestimmen, daß Betriebshilfe während einer Krankheit auch gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist.

(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen, in den Fällen des § 3 Absatz 2 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei vorzeitigen Entbindungen ist § 3 Absatz 2 Satz 3 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.

(4) Die Satzung kann die Betriebshilfe erstrecken auf

1. den Ehegatten oder den Lebenspartner des versicherten landwirtschaftlichen Unternehmers,
2. die versicherten mitarbeitenden Familienangehörigen,
3. Unternehmen, in denen Arbeitnehmer oder versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige ständig beschäftigt werden.

(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen.

§ 48a Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen die Beiträge.

(2) Bei freiwilligen Mitgliedern, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, zur Hälfte vom Versicherten getragen. Die andere Hälfte dieser Beiträge tragen die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe des Pflegebedürftigen.

§ 49 Zahlung der Beiträge

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beiträge werden in den Fällen des § 48a Absatz 2 durch die Pflegekasse, das private Versicherungsunternehmen oder die Festsetzungsstelle für die Beihilfe gezahlt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Drittes Buch (III) – Arbeitsförderung –

§ 26 Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (weggefallen)

3a. (weggefallen)

4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten; das Versicherungspflichtverhältnis gilt während arbeitsfreier Sonnabende, Sonntage und gesetzlicher Feiertage als fortbestehend, wenn diese Tage innerhalb eines zusammenhängenden Arbeits- oder Ausbildungsabschnittes liegen. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozeßordnung untergebracht sind,

5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie
1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,

2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,

2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder

3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten.

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie
1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten und
2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden. Satz 1 gilt nur für Kinder
   1. der oder des Erziehenden,
   2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
   3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

   Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist oder während des Bezugs von Krankentagegeld Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(4) (weggefallen)

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,
1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,

5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,

8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
   a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
   b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
   c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 450 Euro nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,

6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
   a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
   b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,
   c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;

   die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,

7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. (weggefallen)
10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine
   a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,
   b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
   c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige

(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, daß der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über das Verfahren der Beitragszahlung und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Absatz 4a Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4b sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegetätigkeit geleistet oder das Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Viertes Buch (IV)
– Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung –

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit

(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 Euro nicht übersteigt,

2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 450 Euro im Monat übersteigt.

§ 8a Geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten
Werden geringfügige Beschäftigungen ausschließlich in Privathaushalten ausgeübt, gilt § 8. Eine geringfügige Beschäftigung im Privathaushalt liegt vor, wenn diese durch einen privaten Haushalt begründet ist und die Tätigkeit sonst gewöhnlich durch Mitglieder des privaten Haushalts erledigt wird.

§ 18 Bezugsgröße
(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag. Für die Zeit ab 1. Januar 2025 ist eine Bezugsgröße (Ost) nicht mehr zu bestimmen.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V)
– Gesetzliche Krankenversicherung –

§ 33 Hilfsmittel
(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind.

(7) Die Krankenkasse übernimmt die jeweils vertraglich vereinbarten Preise.

§ 37 Häusliche Krankenpflege
(1) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Die häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, daß dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

(1a) Versicherte erhalten an geeigneten Orten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt, die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Absatz 1 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringt. Die Satzung kann dabei Dauer und Umfang der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung nach Satz 4 bestimmen. Leistungen nach den Sätzen 4 und 5 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches nicht zulässig. Versicherte, die nicht auf Dauer in Einrichtungen nach § 71 Abs. 2 oder 4 des Elften Buches aufgenommen sind, erhalten Leistungen nach Satz 1 und den Sätzen 4 bis 6 auch dann, wenn ihr Haushalt nicht mehr besteht und ihnen nur zur Durchführung der Behandlungspflege vorübergehender Aufenthalt in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft zur Verfügung gestellt wird. Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

(2a) Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Absatz 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2b) Die häusliche Krankenpflege nach den Absätzen 1 und 2 umfasst auch die ambulante Palliativversorgung. Für Leistungen der ambulanten Palliativversorgung ist regelmäßig ein begründeter Ausnahmefall im Sinne von Absatz 1 Satz 5 anzunehmen. § 37b Absatz 4 gilt für die häusliche Krankenpflege zur ambulanten Palliativversorgung entsprechend.

(3) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(4) Kann die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen oder besteht Grund, davon abzusehen, sind den Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten.

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 fest, an welchen Orten und in welchen Fällen Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 auch außerhalb des Haushalts und der Familie des Versicherten erbracht werden können.

(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 unter Berücksichtigung bestehender Therapieangebote das Nähere zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden. Die Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden kann auch in spezialisierten Einrichtungen an einem geeigneten Ort außerhalb der Häuslichkeit von Versicherten erfolgen.

§ 45 Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, daß sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, eine andere in ihrem Haushalt lebende Person das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen kann und das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist. § 10 Abs. 4 und § 44 Absatz 2 gelten.

(2) Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage. Der Anspruch nach Satz 1 besteht für Versicherte für nicht mehr als 25 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als

50 Arbeitstage je Kalenderjahr. Das Krankengeld nach Absatz 1 beträgt 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten, bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) in den der Freistellung von Arbeitsleistung nach Absatz 3 vorangegangenen zwölf Kalendermonaten 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt; es darf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 3 nicht überschreiten. Erfolgt die Berechnung des Krankengeldes nach Absatz 1 aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 70 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. § 47 Absatz 1 Satz 6 bis 8 und Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(3) Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 haben für die Dauer dieses Anspruchs gegen ihren Arbeitgeber Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung besteht. Wird der Freistellungsanspruch nach Satz 1 geltend gemacht, bevor die Krankenkasse ihre Leistungsverpflichtung nach Absatz 1 anerkannt hat, und sind die Voraussetzungen dafür nicht erfüllt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die gewährte Freistellung von der Arbeitsleistung auf einen späteren Freistellungsanspruch zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes anzurechnen. Der Freistellungsanspruch nach Satz 1 kann nicht durch Vertrag ausgeschlossen oder beschränkt werden.

(4) Versicherte haben ferner Anspruch auf Krankengeld, wenn sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben, sofern das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist und nach ärztlichem Zeugnis an einer Erkrankung leidet,

a) die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat,
b) bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig oder von einem Elternteil erwünscht ist und
c) die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt.

Der Anspruch besteht nur für ein Elternteil. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 und § 47 gelten entsprechend.

(5) Anspruch auf unbezahlte Freistellung nach den Absätzen 3 und 4 haben auch Arbeitnehmer, die nicht Versicherte mit Anspruch auf Krankengeld nach Absatz 1 sind.

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
   b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 232b Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld

(1) Bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches beziehen, gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen.

(2) Für Personen, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten bleibt, gelten § 226 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 2 sowie die §§ 228 bis 231 entsprechend. Die Einnahmen nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 unterliegen höchstens in dem Umfang der Beitragspflicht, in dem zuletzt vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes Beitragspflicht bestand. Für freiwillige Mitglieder gilt Satz 2 entsprechend.

§ 249c Tragung der Beiträge bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld

Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld werden die Beiträge, soweit sie auf das Pflegeunterstützungsgeld entfallen, getragen

1. bei Personen, die einen in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und der Pflegekasse je zur Hälfte,
2. bei Personen, die einen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherungspflichtigen Pflegebedürftigen pflegen, von den Versicherten und dem privaten Versicherungsunternehmen je zur Hälfte,
3. bei Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von den Versicherten zur Hälfte und von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versiche rungsunternehmen jeweils anteilig,

im Übrigen von der Pflegekasse, dem privaten Versicherungsunternehmen oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen. Die Beiträge werden von der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen allein oder anteilig von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen getragen, wenn das dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt.

§ 252 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Abweichend von Satz 1 zahlen die Bundesagentur für Arbeit oder in den Fällen des § 6a des Zweiten Buches die zugelassenen kommunalen Träger die Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch.

(2) Die Beitragszahlung erfolgt in den Fällen des § 251 Abs. 3, 4 und 4a an den Gesundheitsfonds. Ansonsten erfolgt die Beitragszahlung an die nach § 28i des Vierten Buches zuständige Einzugsstelle. Die Einzugsstellen leiten die nach Satz 2 gezahlten Beiträge einschließlich der Zinsen auf Beiträge und Säumniszuschläge arbeitstäglich an den Gesundheitsfonds weiter. Das Weitere zum Verfahren der Beitragszahlungen nach Satz 1 und Beitragsweiterleitungen nach Satz 3 wird durch Rechtsverordnung nach den §§ 28c und 28n des Vierten Buches geregelt.

(2a) Die Pflegekassen zahlen für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 1 und 3. Die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe oder die Dienstherren zahlen die Beiträge nach § 249c Satz 1 Nummer 2 und 3; der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherren vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(2b) (weggefallen)

(3) Schuldet ein Mitglied Auslagen, Gebühren, insbesondere Mahn- und Vollstreckungsgebühren sowie wie Gebühren zu behandelnde Entgelte für Rücklastschriften, Beiträge, den Zusatzbeitrag nach § 242 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung, Prämien nach § 53, Säumniszuschläge, Zinsen, Bußgelder oder

Zwangsgelder, kann es bei Zahlung bestimmen, welche Schuld getilgt werden soll. Trifft das Mitglied keine Bestimmung, werden die Schulden in der genannten Reihenfolge getilgt. Innerhalb der gleichen Schuldenart werden die einzelnen Schulden nach ihrer Fälligkeit, bei gleichzeitiger Fälligkeit anteilmäßig getilgt.

(4) Für die Haftung der Einzugsstellen wegen schuldhafter Pflichtverletzung beim Einzug von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 gilt § 28r Abs. 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Prüfung der von den Krankenkassen mitzuteilenden Daten durch die mit der Prüfung nach § 274 befassten Stellen einschließlich der Folgen fehlerhafter Datenlieferungen oder nicht prüfbarer Daten sowie das Verfahren der Prüfung und der Prüfkriterien für die Bereiche der Beitragsfestsetzung, des Beitragseinzugs und der Weiterleitung von Beiträgen nach Absatz 2 Satz 2 durch die Krankenkassen, auch abweichend von § 274.

(6) Stellt die Aufsichtsbehörde fest, dass eine Krankenkasse die Monatsabrechnungen über die Sonstigen Beiträge gegenüber dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entgegen der Rechtsverordnung auf Grundlage der §§ 28n und 28p des Vierten Buches nicht, nicht vollständig, nicht richtig oder nicht fristgerecht abgibt, kann sie die Aufforderung zur Behebung der festgestellten Rechtsverletzung und zur Unterlassung künftiger Rechtsverletzungen mit der Androhung eines Zwangsgeldes bis zu 50.000 Euro für jeden Fall der Zuwiderhandlung verbinden.

§ 290 Krankenversichertennummer

(1) Die Krankenkasse verwendet für jeden Versicherten eine Krankenversichertennummer. Die Krankenversichertennummer besteht aus einem unveränderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten und einem veränderbaren Teil, der bundeseinheitliche Angaben zur Kassenzugehörigkeit enthält und aus dem bei Vergabe der Nummer an Versicherte nach § 10 sicherzustellen ist, dass der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann. Der Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer haben den Richtlinien nach Absatz 2 zu entsprechen. Die Rentenversicherungsnummer darf nicht als Krankenversichertennummer verwendet werden. Eine Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer entsprechend den Richtlinien nach Absatz 2 ist zulässig, wenn nach dem Stand von Wissenschaft und Technik sichergestellt ist, dass nach Vergabe der Krankenversichertennummer weder aus der Krankenversichertennummer auf die Rentenversicherungsnummer noch aus der Rentenversicherungsnummer auf die Krankenversichertennummer zurückgeschlossen werden kann; dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle. Die Prüfung einer Mehrfachvergabe der Krankenversichertennummer durch die Vertrauensstelle bleibt davon unberührt. Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversichertennummer verwendet, ist für Personen, denen eine Krankenversichertennummer zugewiesen werden muss und die noch keine Rentenversicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversichertennummer durch Richtlinien zu regeln. Die Krankenversichertennummer ist von einer von den Krankenkassen und ihren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennten Vertrauensstelle zu vergeben. Die Vertrauensstelle gilt als öffentliche Stelle und unterliegt dem Sozialgeheimnis nach § 35 des Ersten Buches. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit. § 274 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Kommen die Richtlinien nicht innerhalb der gesetzten Frist zu Stande oder werden die Beanstandungen nicht innerhalb der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien erlassen.

§ 315 Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz

(1) Personen, die weder
1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind,
2. über eine private Krankheitsvollversicherung verfügen,
3. einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben,
4. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben noch
5. Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches beziehen,

können bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a verlangen; in den Fällen der Nummern 4 und 5 begründen Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat keinen entsprechenden Anspruch. Der Antrag darf nicht abgelehnt werden. Die in § 257 Abs. 2a Nr. 2b genannten Voraussetzungen gelten für Personen nach Satz 1 nicht; Risikozuschläge dürfen für sie nicht verlangt werden. Abweichend von Satz 1 Nr. 3 können auch Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen, die bisher nicht über eine auf Ergänzung der Beihilfe beschränkte private Krankenversicherung verfügen und auch nicht freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, eine die Beihilfe ergänzende Absicherung im Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2a Nr. 2b verlangen.

(2) Der Beitrag von im Standardtarif nach Absatz 1 versicherten Personen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 nicht überschreiten; die dort für Ehegatten oder Lebenspartner vorgesehene besondere Beitragsbegrenzung gilt für nach Absatz 1 versicherte Personen nicht. § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes, § 26 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Zweiten Buches sowie § 32 Absatz 5 des Zwölften Buches gelten für nach Absatz 1 im Standardtarif versicherte Personen entsprechend.

(3) Eine Risikoprüfung ist nur zulässig, soweit sie für Zwecke des finanziellen Spitzenausgleichs nach § 257 Abs. 2b oder für spätere Tarifwechsel erforderlich ist. Abweichend von § 257 Abs. 2b sind im finanziellen Spitzenausgleich des Standardtarifs für Versicherte nach Absatz 1 die Begrenzungen gemäß Absatz 2 sowie die durch das Verbot von Risikozuschlägen gemäß Absatz 1 Satz 3 auftretenden Mehraufwendungen zu berücksichtigen.

(4) Die gemäß Absatz 1 abgeschlossenen Versicherungsverträge im Standardtarif werden zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI)
– Gesetzliche Rentenversicherung –
(in der Fassung bis zum 31.12.2016)

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,
1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),
1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat; dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird,
2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in

Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die Leistungen an Nichtselbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,

1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
   a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
   a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht. Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Sechstes Buch (VI)
– Gesetzliche Rentenversicherung –

§ 3 Sonstige Versicherte

Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit,

1. für die ihnen Kindererziehungszeiten anzurechnen sind (§ 56),

1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich,

verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,

2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,

2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,

3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld oder von der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung Pflegeunterstützungsgeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,

4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem oder den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbständige nach § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit gilt in diesen Fällen als nicht unterbrochen. Trifft eine Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit einer Versicherungspflicht nach § 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 3 und 4 erstreckt sich auch auf Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

§ 137 Besonderheit bei der Durchführung der Versicherung und bei den Leistungen

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die Leistungen an Nichtselbständige nach § 6 des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, das Arbeitsentgelt, das dieser Leistung vor Abzug von Steuern und Beitragsanteilen zugrunde liegt,

1a. bei Personen, die in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

2e. bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

2f. bei Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, 80 vom Hundert des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt oder der sich abweichend vom Arbeitsentgelt nach Nummer 4 ergebende Betrag, wenn dies mit der antragstellenden Stelle vereinbart wird; die Vereinbarung kann nur für laufende und künftige Lohn- und Gehaltsabrechnungszeiträume getroffen werden,

4b. bei sekundierten Personen das Arbeitsentgelt und die Leistungen nach § 9 des Sekundierungsgesetzes; im Übrigen gilt Nummer 4 entsprechend,

4c. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer
1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches
   a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches
   a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches
   a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches
   a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
   b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
   c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.

(3) (weggefallen)

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

(1) Die Beiträge werden getragen
1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,
   b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
   c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
   d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
   e) Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
      aa) von der Pflegekasse, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
      bb) von dem privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist,
      cc) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander;

      die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt; Doppelbuchstabe cc gilt entsprechend,
3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern, bei Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, bei sekundierten Personen , oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,
5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
   a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
   b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
   c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind, tragen die Beiträge in Höhe des Vomhundertsatzes, den sie zu tragen hätten, wenn sie in der allgemeinen Rentenversicherung versichert wären; im Übrigen tragen die Beiträge die Leistungsträger. Satz 1 gilt entsprechend für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert sind.

§ 173 Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Rentenversicherung zu zahlen.

§ 176 Beitragszahlung und Abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen, bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen

(1) Soweit Personen, die Krankengeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Verletztengeld beziehen, an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt sind, zahlen die Leistungsträger die Beiträge an die Träger der Rentenversicherung. Als Leistungsträger gelten bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld auch private Versicherungsunternehmen, Festsetzungsstellen für die Beihilfe und Dienstherren. Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Sozialleistungen können die Leistungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund durch Vereinbarung regeln. Bei Bezug von Pflegeunterstützungsgeld gilt § 176a entsprechend.

(3) Ist ein Träger der Rentenversicherung Träger der Rehabilitation, gelten die Beiträge als gezahlt. Satz 1 gilt entsprechend bei Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen oder entsprechenden Leistungen bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches.

§ 191 Meldepflichten bei sonstigen versicherungspflichtigen Personen

Eine Meldung nach § 28a Abs. 1 bis 3 des Vierten Buches haben zu erstatten

1. für Seelotsen die Lotsenbrüderschaften,
2. für Personen, für die Beiträge aus Sozialleistungen zu zahlen sind, die Leistungsträger und für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld die soziale oder private Pflegeversicherung,
3. für Personen, die Vorruhestandsgeld beziehen, die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten,
4. für Entwicklungshelfer, für Personen, die für eine begrenzte Zeit im Ausland beschäftigt sind, für sekundierte Personen oder für sonstige im Ausland beschäftigte Personen die antragstellenden Stellen.

§ 28a Abs. 5 sowie die §§ 28b und 28c des Vierten Buches gelten entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Siebtes Buch (VII)
– Gesetzliche Unfallversicherung –

§ 45 Voraussetzungen für das Verletztengeld

(4) Im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes gilt § 45 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. das Verletztengeld 100 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts beträgt und
2. das Arbeitsentgelt bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes zu berücksichtigen ist.

Erfolgt die Berechnung des Verletztengeldes aus Arbeitseinkommen, beträgt dies 80 Prozent des erzielten regelmäßigen Arbeitseinkommens bis zu einem Betrag in Höhe des 450. Teils des Höchstjahresarbeitsverdienstes.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX)
– Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen –

§ 2 Begriffsbestimmungen

(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI)
– Soziale Pflegeversicherung –

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Monat

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden.

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4.	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4.	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Model 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung
Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12
Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 - 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4.	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urestoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung, „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K
Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7:
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet.

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			

5.2	Injektion (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4.	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11
Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K
Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1

5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K- werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16
Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sich Beschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direktem Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik
(Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	1-2	3-4	5-6	7-65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8	Haushaltsführung							

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. Behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf,

besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, daß ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

§ 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, überschreitet; bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt

ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Juni 2021 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger

der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen einschließlich Kapitalkosten, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Erbbauzins, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

§ 85 Pflegesatzverfahren

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, daß die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und daß die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
   a) keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
   b) keinen Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,
   c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),

d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen überschreitet,

vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:
1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe –

§ 63b Leistungskonkurrenz
(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

§ 75 Einrichtungen und Dienste
(3) Wird die Leistung von einer Einrichtung erbracht, ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband eine Vereinbarung über
1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung),
2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und
3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung)

besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Der Träger der Sozialhilfe kann die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung prüfen.

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten
(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG)

§ 2 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung
(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder auf Grund einer Vereinbarung ergibt. Ein Anspruch der Beschäftigten auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld richtet sich nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3 Pflegezeit und sonstige Freistellungen
(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Enthält die Ankündigung keine eindeutige Festlegung, ob die oder der Beschäftigte Pflegezeit oder Familienpflegezeit nach § 2 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen will, und liegen die Voraussetzungen beider Freistellungsansprüche vor, gilt die Erklärung als Ankündigung von Pflegezeit. Beansprucht die oder der Beschäftigte nach der Pflegezeit Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zur Pflege oder Betreuung desselben pflegebedürftigen Angehörigen, muss sich die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes unmittelbar an die Pflegezeit anschließen. In diesem Fall soll die oder der Beschäftigte möglichst frühzeitig erklären, ob sie oder er Familienpflegezeit oder eine Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen wird; abweichend von § 2a Absatz 1 Satz 1 des Familienpflegezeitgesetzes muss die Ankündigung spätestens drei Monate vor Beginn der Familienpflegezeit erfolgen. Wird Pflegezeit nach einer Familienpflegezeit oder einer Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes in Anspruch genommen, ist die Pflegezeit in unmittelbarem Anschluss an die Familienpflegezeit oder die Freistellung nach § 2 Absatz 5 des Familienpflegezeitgesetzes zu beanspruchen und abweichend von Satz 1 dem Arbeitgeber spätestens acht Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich anzukündigen.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe entgegenstehen.

(5) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher oder außerhäuslicher Umgebung betreuen. Die Inanspruchnahme dieser Freistellung ist jederzeit im Wechsel mit der Freistellung nach Absatz 1 im Rahmen der Gesamtdauer nach § 4 Absatz 1 Satz 4 möglich. Absatz 1 Satz 2 und die Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend. Beschäftigte können diesen Anspruch wahlweise statt des Anspruchs auf Pflegezeit nach Absatz 1 geltend machen.

(6) Beschäftigte sind zur Begleitung eines nahen Angehörigen von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn dieser an einer Erkrankung leidet, die progredient verläuft und bereits ein weit fortgeschrittenes Stadium erreicht hat, bei der eine Heilung ausgeschlossen und eine palliativmedizinische Behandlung notwendig ist und die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt. Beschäftigte haben diese gegenüber dem Arbeitgeber durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen. Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und 2 und Absatz 4 gelten entsprechend. § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

(7) Ein Anspruch auf Förderung richtet sich nach den §§ 3, 4, 5 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie den §§ 6 bis 10 des Familienpflegezeitgesetzes.

§ 7 Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,
2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen 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. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten
   a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes,
   b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechselmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses,
2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt,
3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen,
4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinn des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,

Versicherung im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs. 1 nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden. Der Antrag muss bereits dann angenommen werden, wenn bei einer Kündigung eines Vertrags bei einem anderen Versicherer die Kündigung nach § 205 Abs. 1 Satz 1 noch nicht wirksam geworden ist. Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Entwicklungshelfer-Gesetz (EhfG)

§ 1 Entwicklungshelfer

(1) Entwicklungshelfer im Sinne dieses Gesetzes ist, wer

1. in Entwicklungsländern ohne Erwerbsabsicht Dienst leistet, um in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zum Fortschritt dieser Länder beizutragen (Entwicklungsdienst),
2. sich zur Leistung des Entwicklungsdienstes gegenüber einem anerkannten Träger des Entwicklungsdienstes für eine ununterbrochene Zeit von mindestens einem Jahr vertraglich verpflichtet hat,
3. für den Entwicklungsdienst nur Leistungen erhält, die dieses Gesetz vorsieht,
4. das 18. Lebensjahr vollendet hat und Deutscher im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes oder Staatsangehöriger eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaften ist.

Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz – SG)

§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement

(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

§ 14 Übertragungswert

(6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, so gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 148 Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

Stand: Januar 2021

Hilfsmittel*:
Neben den genannten Pflegehilfsmitteln können auch die aufgeführten Hilfsmittel in Standardausstattung im tariflichen Umfang über die private Pflegepflichtversicherung zur Verfügung gestellt werden, wenn sie (pflegerisch) notwendig sind.

1. Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege	HMV-Nummer
1.1 Pflegebetten	
– Pflegebetten, manuell verstellbar	50.45.01.0001-0999
– Pflegebetten, motorisch höhenverstellbar	50.45.01.1000-1999
– Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten	50.45.01.2000-2999
– Pflegebetten, motorisch verstellbar, mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.01.3000-3999
– Pflegebetten mit Sitz- und Aufrichtfunktion	50.45.01.4000-4999
1.2 Pflegebettenzubehör	
– Bettverlängerungen	50.45.02.0001-0999
– Bettverkürzungen	50.45.02.1000-1999
– Bettgalgen	50.45.02.2000-2999
– Aufrichthilfen	50.45.02.3000-3999
– Seitengitter	50.45.02.4000-4999
– Fixiersysteme für Personen	50.45.02.5000-5999
– Seitenpolster für Pflegebetten	50.45.02.6000-6999
1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung	
– Einlegerahmen	50.45.03.0000-0999
– Einlegerahmen mit Sitz-/Schwenkfunktion	50.45.03.3000-3999
– Einlegerahmen mit erhöhter Tragfähigkeit	50.45.03.4000-4999
1.4 Spezielle Pflegebetttische	
– Pflegebetttische	50.45.04.0001-0999
– Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte	50.45.04.1000-1999
1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung	
– Sitzhilfe bei Chorea Huntington	50.45.06.1000-1999
1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung	
– Rollstühle mit Sitzkantelung	50.45.07.0001-2999
1.7 Lagekorrekturhilfen für Bettlaken	
– Elektromotorische Lakenaufzugsvorrichtungen	50.45.09.0000-0999
Hilfsmittel*:	
1.8 Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung	
– Lifter, fahrbar	22.40.01.0001-0999
1.9 Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert	
– Wandlifter	22.40.02.0001-0999
1.10 Zubehör für Lifter	
– Zubehör für Lifter	22.40.04.0001-0999
1.11 Umsetz- und Hebehilfen	
– Drehscheiben	22.29.01.0001-0999
– Positionswechselhilfen	22.29.01.1000-1999
– Umlager-/Wendehilfen	22.29.01.2000-2999
– Rutschbretter	22.29.01.3000-3999
Innenraum und Außenbereich	
1.12 Schieberollstühle	
– Standardschieberollstühle	18.50.01.0001-0999
Treppen	
1.13 Treppenfahrzeuge	
– Treppensteighilfen (elektrisch betrieben)	18.65.01.1000-1999
– Treppenraupen	18.65.01.2000-2999

2. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	HMV-Nummer
2.1 Produkte zur Hygiene im Bett	
– Bettpfannen (Stechbecken)	51.40.01.0001-0999
– Urinflaschen	51.40.01.1000-1999
– Urinschiffchen	51.40.01.2000-2999
– Urinflaschenhalter	51.40.01.3000-3999
– Saugende Bettschutzeinlagen, wieder verwendbar	51.40.01.4000-4999
2.2 Waschsysteme	
– Kopfwaschsysteme	51.45.01.0001-0999
– Ganzkörperwaschsysteme	51.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:	
2.3 Badewannenlifter	
– Badewannenlifter, mobil	04.40.01.0001-0999
2.4 Badewanneneinsätze	
– Badeliegen	04.40.04.0001-0999
2.5 Badewannensitze	
– Badewannenbretter	04.40.02.0001-0999
– Badewannensitze ohne Rückenlehne	04.40.02.1000-1999
– Badewannensitze mit Rückenlehne	04.40.02.2000-2999
– Badewannensitze mit Rückenlehne, drehbar	04.40.02.3000-3999
2.6 Duschhilfen	
– Duschsitze, an der Wand montiert	04.40.03.0001-0999
– Duschhocker	04.40.03.1000-1999
– Duschstühle	04.40.03.2000-2999
– Duschliegen	04.40.03.3000-3999
– Fahrbare Duschliegen	04.40.03.4000-4999
– Duschstühle für Kinder und Jugendliche	04.40.03.5000-5999
2.7 Toilettensitze	
– Toilettensitzerhöhungen	33.40.01.0001-0999
– Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
– Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
– Toilettensitze für Kinder und Jugendliche	33.40.01.4000-4999
2.8 Toilettenstützgestelle	
– Toilettenstützgestelle	33.40.02.0001-0999
– Toilettensitzgestelle	33.40.02.1000-1999
2.9 Toilettenstühle	
– Feststehende Toilettenstühle	33.40.04.0001-0999
– Toilettenstühle für Kinder und Jugendliche	33.40.04.1000-1999
– Toilettenstühle für Kinder	33.40.04.2000-2999
2.10 Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen	
– Badewannengriffe, mobil	04.40.05.0001-0999
– Stützgriffe für Waschbecken und Toilette	04.40.05.1000-1999
– Boden-/Deckenstangen	04.40.05.2000-2999
2.11 Dusch-/Toilettenrollstühle	
– Dusch-/Toilettenschieberollstühle	18.46.01.2000-2999
– Dusch-/Toilettenschieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.01.3000-3999
– Dusch-/Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.4000-4999
– Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.01.5000-5999
– Dusch-/Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.01.6000-6999

2.12	**Toilettenrollstühle**	
	– Toilettenrollstühle	18.46.02.0001-0999
	– Toilettenrollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.02.1000-1999
	– Toilettenrollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.2000-2999
	– Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.02.3000-3999
	– Toilettenrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.02.4000-4999
2.13	**Duschrollstühle**	
	– Dusch-Schieberollstühle	18.46.03.1000-1999
	– Dusch-Schieberollstühle, verstärkte Ausführung	18.46.03.3000-3999
	– Dusch-Schieberollstühle mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.4000-4999
	– Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche	18.46.03.5000-5999
	– Duschrollstühle für Kinder und Jugendliche mit multifunktionaler Sitzeinheit	18.46.03.6000-6999

3.	**Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität**	**HMV-Nummer**
3.1	**Notrufsysteme**	
	– Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale	52.40.01.1000-1999
Hilfsmittel*:		
3.2	**Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung**	
	– Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen und Gehhilfen	22.50.01.0001-0999
3.3	**Gehhilfen**	
	– Gehgestelle	10.46.01.0001-0999
	– Reziproke Gehgestelle	10.46.01.1000-1999
	– Gehgestelle mit zwei Rollen	10.46.01.2000-2999
	– Dreirädrige Gehhilfen (Deltaräder)	10.50.04.0001-0999
	– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren)	10.50.04.1000-1999
	– Vierrädrige Gehhilfen (Rollatoren) mit erhöhter Belastbarkeit	10.50.04.2000-2999

4.	**Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden**	**HMV-Nummer**
4.1	**Lagerungsrollen**	
	– Lagerungsrollen	53.45.01.0001-0999
	– Lagerungshalbrollen	53.45.01.1000-1999
Hilfsmittel*:		
4.2	**Lagerungskeile**	
	– Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm	20.29.01.0001-3999
4.3	**Sitzhilfen zur Vorbeugung**	
	– Sitzhilfen aus Weichlagerungs-materialien	11.39.01.1000-3999
4.4	**Liegehilfen zur Vorbeugung**	
	– Auflagen aus Weichlagerungs-materialien	11.29.01.0001-2999
	– Schaummatratzen mit einteiliger Liegefläche	11.29.05.0001-0999
	– Schaummatratzen mit unterteilter Liegefläche	11.29.05.1000-1999
	– Schaummatratzen mit austauschbaren Elementen	11.29.05.2000-2999
	– Schaummatratzen mit integrierter Freilagerung	11.29.05.6000-6999

5.	**Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**	**HMV-Nummer**
5.1	**Saugende Bettschutzeinlagen**	
	– Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001-0999
5.2	**Schutzbekleidung**	
	– Fingerlinge	54.99.01.0001-0999
	– Einmalhandschuhe	54.99.01.1000-1999
	– Mundschutz	54.99.01.2000-2999
	– Schutzschürzen	54.99.01.3000-3999
	– Einmallätzchen	54.99.01.4000-4999
5.3	**Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**	
	– Desinfektionsmittel	54.99.02.0001-0999
Hilfsmittel*:		
5.4	**Saugende Inkontinenzvorlagen**	
	– Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.0001-0999
	– Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.1000-1999
	– Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung	15.25.30.2000-2999
	– Rechteckvorlagen, normale Saugleistung	15.25.30.3000-3999
	– Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung	15.25.30.4000-4999
	– Vorlagen für Urininkontinenz	15.25.30.5000-5999
	– Wiederverwendbare Vorlagen	15.25.30.6000-6999
5.5	**Netzhosen für Inkontinenzvorlagen**	
	– Netzhose Größe 1 / Netzhose Größe 2	15.25.02.0001-1999
5.6	**Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)**	
	– Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenz-unterhosen	15.25.31.0001-8999
5.7	**Externe Urinalableiter**	
	– Urinal-Kondome/Rolltrichter	15.25.04.4000-7999
5.8	**Urin-Beinbeutel**	
	– Beinbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.05.1000-1999
5.9	**Urin-Bettbeutel**	
	– Bettbeutel mit Ablauf, unsteril	15.25.06.1000-1999
5.10	**Zubehör für Auffangbeutel**	
	– Haltebänder für Urinbeutel	15.99.99.0007
	– Halterungen/Taschen für Urinbeutel	15.99.99.0009
	– Halterungen/Befestigungen für Urinbettbeutel	15.99.99.0010

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

Informationen zur COMPASS-Pflegeberatung
- Eine Serviceleistung der Privaten Pflegepflichtversicherung -

Ihre Bedürfnisse und Fragen im Mittelpunkt

Wir helfen bei der Suche nach Lösungen

- Maria Zimmer ist nach einem Schlaganfall halbseitig gelähmt. Ihre Tochter will sie zu Hause pflegen, hat zu dieser neuen Situation jedoch noch viele Fragen.
- Peter Wagner betreut seine an einer fortschreitenden Muskelschwäche erkrankte Frau. Seit einigen Wochen hat sich ihr körperlicher Zustand dramatisch verschlechtert. Wie kann die Betreuung und Pflege seiner Frau sichergestellt werden und welche Entlastung ist für ihn wichtig?
- Irene Herbst ist zu 50 Prozent schwerbehindert und möchte sich bereits im Vorfeld von Pflegebedürftigkeit zu Leistungen der Pflegepflichtversicherung informieren.

Über Ihre derzeitige Situation sprechen, auf offene Fragen Antworten finden - wir sind für Sie da, unterstützen und begleiten Sie - auch wenn Sie sich im Vorfeld von Pflegeereignissen ganz allgemein informieren möchten.

Die COMPASS-Pflegeberatung ist neutral, unabhängig und kostenfrei. Sie ist eine Serviceleistung der Privaten Pflegepflichtversicherung.

Zusätzlich bieten wir allen Pflegebedürftigen unabhängig von akutem Beratungsbedarf einmal im Jahr ein Kontaktgespräch zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung an.

Wir wissen, worüber wir reden

Wir, die COMPASS-Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sind erfahrene Pflegefachkräfte, Versicherungsfachleute oder Sozialarbeiter. Wir verfügen über langjährige Berufserfahrung in der Pflege und der sozialen Arbeit. Mit unserem Pflegeberatungskonzept wollen wir dazu beitragen, dass Sie - auch bei Pflegebedürftigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen - ein selbstbestimmtes und weitgehend unabhängiges Leben in Ihrer gewohnten Umgebung führen können.

Wir wollen Sie schnell, unbürokratisch und zeitnah beraten. Unser Ziel ist es, dass innerhalb von 24 Stunden nach Ihrem Anruf in der telefonischen Pflegeberatung oder dem Informationsgespräch mit Ihrem Versicherungsunternehmen ein COMPASS-Pflegeberater vor Ort Kontakt mit Ihnen aufnimmt, um einen Gesprächstermin bei Ihnen zu Hause zu vereinbaren.

COMPASS
Private Pflegeberatung GmbH
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
www.compass-pflegeberatung.de

Wir informieren, unterstützen und begleiten Sie,

- wenn Sie sich ganz allgemein rund um das Thema Pflege informieren möchten.
- wenn Sie sich überlastet fühlen.
- wenn Sie vor der Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung die häusliche Pflegesituation klären müssen.
- wenn Sie Informationen zu Hilfsmitteln benötigen oder das Wohnumfeld anpassen möchten.
- wenn Sie sich im Vorfeld einer Begutachtung über den Ablauf und das Verfahren informieren wollen.
- wenn Sie Fragen zu Finanzierungsmöglichkeiten Ihrer Pflegesituation haben.
- wenn Sie Informationen zur stationären, teilstationären und ambulanten Betreuung und Versorgung benötigen.
- wenn Sie wissen möchten, welche Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger bestehen.
- wenn Sie sich über ehrenamtliche Dienste und Kontakte zu Selbsthilfegruppen informieren möchten.

Einfach. Immer. Näher - Das ist die Pflegeberatung der Privaten

Wir bieten Ihnen Pflegeberatung auf zwei Wegen:
Unter der bundesweit gebührenfreien Servicenummer 0800 101 88 00 erreichen Sie unsere qualifizierten Mitarbeiter in der telefonischen Pflegeberatung. Auf Wunsch vermitteln diese eine Pflegeberatung in Ihrer Region.

Unsere aufsuchende Pflegeberatung reicht von einem einmaligen Gespräch bis hin zu einer umfassenden Begleitung. Unsere Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vor Ort kommen zu Ihnen nach Hause, ins Krankenhaus oder in eine Pflege- oder Rehabilitationseinrichtung.

Selbstverständlich initiiert auch Ihr Versicherungsunternehmen auf Wunsch eine Pflegeberatung durch COMPASS.

Einfach. Immer. Näher.

0 800 - 101 88 00

Rufen Sie uns an:
montags bis freitags: 8 - 19 Uhr
samstags: 10 - 16 Uhr

SIGNAL IDUNA Gruppe

Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon 0231 135-0
Fax 0231 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon 040 4124-0
Fax 040 4124-2958

info@signal-iduna.de
www.signal-iduna.de

SIGNAL IDUNA
gut zu wissen

1344010 Mrz21