

## Tarife EXKLUSIV-PLUS 0, 1, 2 – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

Produktlinie privat

### 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 bei Vermittlung/Vorabprüfung durch SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (sonst 80 % für Hilfsmittel über 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 Chefarztbehandlung

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 Material- und Laborkosten
  - 2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
  - 2.7 Heil- und Kostenplan
- 3 Stationäre Heilbehandlung
  - 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
  - 3.2 Wahlleistungen
  - 3.3 Krankenhaustagegeld
  - 3.4 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
  - 3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus
  - 3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
- 4 Selbstbehalt
- 5 Sonstige Leistungen
  - 5.1 Krankentransport aus dem Ausland
  - 5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

#### 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 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

#### G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Ende 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, wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten.

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.

##### 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.

##### 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) und die Kosten für Sondennahrung, sofern 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 die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung (funktionale Standardausführung). Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate (z. B. Heizkissen, Fieberthermometer).

Hilfsmittel gleicher Art, die bis einschließlich 500 EUR kosten, werden einmal pro Kalenderjahr erstattet. Hilfsmittel gleicher Art, welche über 500 EUR kosten, werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

Die Erstattung beträgt grundsätzlich 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:

- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer vom Versicherer zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags vom Versicherer vorab zugesagt wird oder
- das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

##### 1.6 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Kosten für Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen bis zu einem erstattungsfähigen 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. Erstattungsfähig sind ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Sind die aufgeführten Heilmittel und Therapien 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 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch den Versicherer zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

### 1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des des GebÜH 85 für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel. Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Kosten für Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und -verordnungen werden zusammen zu 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

### 1.11 Ambulante Operationen

Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationärsersetzenden Eingriff gemäß § 115b SGB V unterzieht, zahlt der Versicherer zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen aus Abschnitt B 1.1 eine Vergütung von 200 EUR je Operation bzw. Eingriff aus.

### 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 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.

### 2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind nach der geltenden GOZ bzw. GOÄ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

### 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.

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 sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z. B. knochenbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der in 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:  $(75 - 90 \%) = 937,50 - 1.125 \text{ EUR}$ ).

#### 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.

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 Erstattungsprozentsatz von mehr als 90 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

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

### 2.5 Material- und Laborkosten

Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden maximal bis zur mittleren Preislage erstattet. Die Beträge, bis zu denen von einer mittleren Preislage ausgegangen werden kann, teilt der Versicherer auf Anfrage mit.

### 2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

Für die Leistungen gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 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 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 im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

### 3 Stationäre Heilbehandlung

Im Rahmen der stationären Behandlung werden erstattet:

#### 3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen

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

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte (nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln) im allgemeinen belegärztlichen Rahmen (z. B. für persönlich-ärztliche Leistungen der 1,8 fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

#### 3.2 Wahlleistungen

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

#### 3.3 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.

#### 3.4 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.

#### 3.5 Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

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.

### 3.6 Stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

Für die stationäre Mitaufnahme (Rooming in) einer Begleitperson oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft werden für max. vier Wochen pro Kalenderjahr 10 EUR pro Stunde (max. 80 EUR pro Tag) unter folgenden Voraussetzungen erstattet:

- die haushaltsführende Person muss sich einer medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme unterziehen und es besteht keine ambulante Alternative und
- die haushaltsführende Person hat Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV-PLUS und
- die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person ist nicht gesichert und es besteht ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben oder es besteht Pflegebedürftigkeit i. S. d. Pflegeversicherung und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Die o.g. Kriterien werden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bzw. bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI oder einer 100-prozentigen Schwerbehinderung der verbleibenden Person regelmäßig unterstellt.

### 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 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, für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2 sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (Abschnitt C 2).

### 5 Sonstige Leistungen

#### 5.1 Krankentransport aus dem Ausland

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten 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.

## 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 Juli des Folgejahres 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. 6a.

#### 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, Schutzimpfungen gemäß Abschnitt B 1.2 und der Zahnvorsorge.

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 keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus.

Die Auszahlung des Verhaltensbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. Teil II 6a 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 einem der EXKLUSIV-PLUS-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen in noch

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 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.

## 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 Notagentarif nach § 153 VAG, siehe Anhang).

## F 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.

## G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

### 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 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul- oder Studienzzeit 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 34. 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.

### 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. und 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens 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 0).

## H Sonstige Bestimmungen

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

---

## Abkürzungsverzeichnis

---

BPfIV: Bundespflegesatzverordnung

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

GebÜH 85: 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

Bestrahlungsgeräte (B 1.7)

Brillen (B 1.6)

### C/D

Chefarztbehandlung (s. wahlärztliche Leistung)

### E

Einbettzimmer (B 3.2)

Einlagefüllungen (B 2.4.1)

Elektrotherapie (B 1.7)

Ergotherapie (B 1.7)

### F

Fahrtkosten (B 3.4)

### G

Gesundheitsbonus (C 1)

Gnathologie (B 2.4.1)

### H

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 (s. Einlagefüllungen)

### K

Kieferorthopädie (B 2.3)

Kontaktlinsen (B 1.6)

Krankengymnastik (B 1.7)

Krankenhaustagegeld (B 3.3)

Krankentransportkosten (B 3.4)

### L

Lichttherapie (B 1.7)

Logopädie (B 1.7)

### M/N

Massage (B 1.7)

Massagegeräte (B 1.7)

Material- und Laborkosten (B 2.5)

Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

### O

Optionsrecht (D)

### P/Q

Psychotherapie (B 1.9)

Pflegebedürftigkeit (E)

### 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)

Stationäre Heilbehandlung (B 3)

### T

Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

### U

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)