

Tarife KS1 und KS2 – Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KS1 und KS2 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.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer)

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

Der Erstattungsprozentsatz beträgt für

1.1 Ambulante Heilbehandlung einschließlich Wegegebühren gemäß Abschnitt B 2.1

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Leistungen des Heilpraktikers gemäß Abschnitt B 2.2

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.3 Medikamente und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 2.3

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % für den im Kalenderjahr 500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.4 Physikalisch-medizinische Leistungen gemäß Abschnitt B 2.4

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 Hilfsmittel gemäß Abschnitt B 2.5

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Hilfsmittel, die im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer auf Mietbasis zur Verfügung gestellt werden.

1.6 Ambulante Transportkosten gemäß Abschnitt B 2.6

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7 Zahnärztliche Behandlung gemäß Abschnitt B 2.7

1.7.1 Zahnbehandlung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.7.2 Zahn- und Kieferregulierung

100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR.

Für den 2.500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt der Erstattungsprozentsatz 80 %. Dieser erhöht sich auf 100 %, sofern dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt wird und vom Versicherer nach unverzüglicher Prüfung hierzu eine Leistungszusage erteilt wurde.

1.7.3 Zahnersatz

60 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 EUR.

Für den 2.500 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt der Erstattungsprozentsatz 40 %. Dieser erhöht sich auf 60 %, sofern dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt wird und vom Versicherer nach unverzüglicher Prüfung hierzu eine Leistungszusage erteilt wurde.

1.8 Stationäre Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 2.8

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die Inanspruchnahme von Allgemeinen Krankenhausleistungen.

1.9 Stationäre Transportkosten gemäß Abschnitt B 2.9

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Von den tariflichen Leistungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.9 wird ein Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt im

Tarif KS1	480 EUR
Tarif KS2	1.600 EUR.

Der Selbstbehalt gilt je Person und Kalenderjahr. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt der Selbstbehalt im

Tarif KS1	240 EUR
Tarif KS2	800 EUR.

Beginnt die Versicherung während des 2. Quartals, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im 3. oder 4. Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

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.

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang

(zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Leistungen von Ärzten wie insbesondere Beratungen, Besuche einschließlich Wegegebühren, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulant durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten, Hilfe bei Entbindung und Fehlgeburt einschließlich Hebammenleistung.

Wird eine von der 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.

2.1.2 Psychotherapeutische Behandlungen

Erstattungsfähig sind 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.

2.1.3 Schutzimpfungen

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

2.1.4 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen.

Für Untersuchungen in Diagnosezentren wird nur dann geleistet, wenn der Versicherer das vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.5 Dialysebehandlungen

Erstattet werden auch die Kosten für teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse.

2.1.6 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

2.1.7 Leistungen des Logopäden

Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

2.1.8 Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete und von Pflegekräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind (z. B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen, Blutdruckmessungen).

2.2 Leistungen des Heilpraktikers

Leistungen des Heilpraktikers werden erstattet im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden. 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 Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

2.3 Medikamente und Verbandmittel

Erstattet werden alle vom Heilbehandler verordneten und 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.

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.

2.4 Physikalisch-medizinische Leistungen

Das sind: Inhalationen, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie, die durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden.

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

Gemäß § 4 Abs. 3 Teil I müssen alle Verrichtungen, auch wenn sie durch einen Masseur oder Krankengymnasten ausgeführt werden, von einem Heilbehandler verordnet worden sein.

2.5 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Das sind: Sehhilfen, Arm- und Beinprothesen, Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe, Gummistrümpfe, Hörgerät, Sprechhilfe, Kunstaugen, Schienenapparate, handbetriebener Krankenfahrstuhl, Umstandsleibbinden.

Ebenfalls erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistungszusage durch den Versicherer die Kosten von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z. B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen). Wurde keine vorherige Leistungszusage des Versicherers eingeholt, werden höchstens die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.

Sehhilfen sind Brillen (Gestell und Gläser) und alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen bis zu einem Rechnungsbeitrag von 100 EUR.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet. Sehhilfen werden bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien ohne zeitliche Begrenzung erstattet.

Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, entfällt die zeitliche Begrenzung.

2.6 Ambulante Transportkosten

Kosten für medizinisch notwendigen Transport sowie Fahrtkosten bei Strahlentherapie und Dialyse werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

2.7 Zahnärztliche Behandlung

2.7.1 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe. Kosten für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 der geltenden GOZ werden bis zum Regelhöchstsatz (2,3-facher Gebührensatz) erstattet. Ebenfalls erstattungsfähig sind zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zum Regelhöchstsatz der geltenden GOZ.

2.7.2 Zahn- und Kieferregulierung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen.

2.7.3 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind im Rahmen der geltenden GOZ die Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen) einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie.

2.7.4 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

2.7.5 Gesondert berechnungsfähige zahntechnische Material- und Laborkosten 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.

2.7.6 Die tariflichen Leistungen gemäß Abschnitt B 2.7.1 bis B 2.7.5 sind im ersten Jahr nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht auf 500 EUR, im zweiten Jahr auf 1.000 EUR und im dritten Jahr auf 1.500 EUR begrenzt. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten drei Jahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wird bei Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, können die Begrenzungen in den ersten drei Jahren erlassen werden, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

2.8 Stationäre Heilbehandlung

2.8.1 Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

2.8.2 Erstattet werden die Kosten für die Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) sowie von Belegärzten im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

2.9 Stationäre Transportkosten

Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung die Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom Krankenhaus, auch aus dem Ausland (Auslandsrücktransport).

Erstattet werden außerdem die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise, höchstens jedoch 11.000 EUR.

C Optionsrecht

1 Hat die Versicherung nach Tarif KS1 oder KS2 für die versicherte Person bis zu einem Eintrittsalter von 34 Jahren begonnen, besteht nach Ablauf der Optionsdauer von 60 Monaten das Recht, den bestehenden Krankenversicherungsschutz in Tarife zur Krankheitskostenvollversicherung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung umzustellen, sofern die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in die beantragten Tarife gegeben sind.

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

4 Der Versicherungsnehmer wird zwei Monate vor Ablauf der Optionsdauer vom Versicherer über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert. Er kann dann formlos, bis spätestens zum Ablauf der Optionsdauer, die Umstellung ab diesem Zeitpunkt erklären.

Erfolgt durch den Versicherungsnehmer bis zu diesem Zeitpunkt keine Umstellungserklärung, wird der bisherige Versicherungsschutz ohne Optionsrecht weitergeführt.

5 Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten oder in Anwartschaft geführt wird.

6 Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 5 Teil I verlangen.

D 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.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 Versicherungsfähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen, die eine Schulausbildung an weiterbildenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben, und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. die Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

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

3 Mit Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach den Sonderbedingungen.

Der Versicherungsnehmer hat jedoch das Recht, die Versicherung ohne Sonderbedingungen weiterzuführen, sofern die Umstufung innerhalb von vier Wochen beantragt wird. Dabei erfolgt keine erneute Gesundheitsprüfung. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

4 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 25. bzw. 30. 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 Solange die Sonderbedingungen gelten, wird der jeweils versicherte Tarif durch ein R ergänzt (R-KS1 bzw. R-KS2).