Krankenversicherung

inkl. Produkt-informationsblatt und Beitragsentwicklung für die Tarife (R-)START, (R-)START-PLUS, (R-)KOMFORT, (R-)KOMFORT-PLUS, (R-)EXKLUSIV, (R-)EXKLUSIV-PLUS, (R-)VO, peB, PVN, ESP-VS, ESP-VA, (R-)EKH, PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP

# Informationsbroschüre für die Kranken-Vollversicherung und Private Pflegepflichtversicherung

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

## Stand: 01.01.2012

1325011 Jan12

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben sich mit der SIGNAL Krankenversicherung für einen leistungsstarken Partner entschieden.

Die SIGNAL Krankenversicherung ist mit einer 100-jährigen Erfahrung, einer Beitragseinnahme von rund 2 Mrd. EUR und rund 2 Mio. versicherten Personen einer der größten privaten Krankenversicherer in Deutschland.

Mit dieser Broschüre übergeben wir Ihnen die gesetzlich vorgeschriebenen Informationen und Unterlagen zu Ihrem zukünftigen Versicherungsschutz.

Auf den ersten Seiten erhalten Sie einen Überblick zu Ihrem zukünftigen Versicherungsvertrag. Die Auswahl und die Reihenfolge der Themen entspricht der vom Gesetzgeber verabschiedeten Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV).

Aus den dann folgenden **Allgemeinen Versicherungsbedingungen und weiteren gesetzlichen Grundlagen** können Sie detailliertere Informationen entnehmen.

Für Rückfragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter natürlich gern zur Verfügung. Ihre Ansprechpartner finden Sie auch im Versicherungsschein, der Ihnen nach Zustandekommen des Vertrages zugeht.

**Für Ihren Berater: Ausfüllhinweise zur Informationsbroschüre**

- im Inhaltsverzeichnis (Seiten 1 und 2)
  Kreuzen Sie bitte die gewünschten Tarife, eventuell zusätzlich das zugehörige Informationsblatt und die weiteren für den Versicherungsschutz geltenden Versicherungsbedingungen an.

Falls Sie das Produktinformationsblatt und die Beitragsentwicklung nicht mithilfe der BSW erstellt haben, können Sie für bestimmte Tarife (nur (R-)START, (R-)START-PLUS, (R-)KOMFORT, (R-)KOMFORT-PLUS, (R-)EXKLUSIV, (R-)EXKLUSIV-PLUS, (R-)VO und peB sowie PVN, ESP-VS, ESP-VA, (R-)EKH, PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS und Pflege-TOP) das in der Broschüre integrierte Produktinformationsblatt und die Beitragsentwicklung nutzen. Dann sind die entsprechenden Kreuze im Inhaltsverzeichnis zu setzen und folgende Einträge im Produktinformationsblatt notwendig:

- im Produktinformationsblatt (Seiten 3 und 4)
  zu 1. Um welchen Versicherungsvertrag handelt es sich?
  ❍ Tragen Sie bitte die zu versichernden Personen ein
  ❍ Kreuzen Sie bitte die gewünschten Tarife an

  zu 2. Was ist versichert?
  ❍ Kreuzen Sie bitte die gewünschten Tarife an

  zu 3. Wie hoch ist Ihr Beitrag und was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
  ❍ Tragen Sie den Monatsbeitrag und die drei Kostenwerte ein.
  Bei mehreren zu versichernden Personen sind die addierten Werte einzutragen.

**Hinweis für die Tarife PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP und peB:**

- Für Pflegetagegelder und für den Beitragsentlastungstarif ist nur das Produktinformationsblatt und keine Beitragsentwicklung erforderlich.

# Inhaltsverzeichnis

**Für Ihren Vertragsabschluss sind folgende Vertragsbestimmungen, Rechtsverordnungen und Bedingungen relevant (Zutreffendes ist/wird durch den für Sie zuständigen Ansprechpartner angekreuzt):**


**Ihre Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und nach VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) sowie weitere Unterlagen nach §§ 19 (1) und 19 (5) VVG**

| | | Seite |
|---|---|---|
| ☐ | Produktinformationsblatt (nur für bestimmte Tarife möglich) | 3 |
| ☒ | Informationen nach § 1 VVG-InfoV | 7 |
| ☒ | Zusätzliche Informationen nach § 3 VVG-InfoV | 9 |
| ☐ | Beitragsentwicklung (nur für bestimmte Tarife möglich) | 10 |
| ☒ | Leistungskurzübersicht der Tarife | 13 |

**Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**

| | | |
|---|---|---|
| ☒ | **Teil I Musterbedingungen** | |
| ☒ | **Teil II SIGNAL Tarifbedingungen** | 15 |
| | **Teil III SIGNAL Tarife** | |
| | **Kompakttarife Vollversicherung** | |
| ☐ | START, R-START | 21 |
| | und Informationsblatt zum Tarif (R-)START | 24 |
| ☐ | START-PLUS, R-START-PLUS | 28 |
| | und Informationsblatt zum Tarif (R-)START-PLUS | 32 |
| ☐ | KOMFORT, R-KOMFORT | 36 |
| | und Informationsblatt zum Tarif (R-)KOMFORT | 42 |
| ☐ | KOMFORT-PLUS, R-KOMFORT-PLUS | 46 |
| | und Informationsblatt zum Tarif (R-)KOMFORT-PLUS | 52 |
| ☐ | EXKLUSIV, R-EXKLUSIV | 58 |
| | und Informationsblatt zum Tarif (R-)EXKLUSIV | 64 |
| ☐ | EXKLUSIV-PLUS, R-EXKLUSIV-PLUS | 69 |
| | und Informationsblatt zum Tarif (R-)EXKLUSIV-PLUS | 76 |
| | inkl. Antrag auf Verhaltensbonus | 83 |
| ☐ | VO, R-VO (für die neuen Bundesländer) | 85 |
| | und Informationsblatt zum Tarif (R-)VO | 89 |
| ☒ | Dienstleistungsangebot für die Krankheitskostenvollversicherung | 91 |
| | **Beitragsentlastungstarif** | |
| ☐ | Besondere Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB) | 92 |
| | **Barleistungstarife** | |
| ☐ | EKH, R-EKH | 94 |
| ☐ | EKUR | 95 |

**Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung**

Teil I Musterbedingungen
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen 96
Teil III SIGNAL Tarife
☐ ESP-VS 102
☐ ESP-VA 104

**Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung**

Teil I Musterbedingungen
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen 106
Teil III SIGNAL Tarife PflegeUNFALL 111
Teil III SIGNAL Tarife PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP 112
Leistungsverzeichnis für Assistanceleistungen und Kostenübernahmeleistungen 114

☐ **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung** 116

☒ **Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen** 117

☒ **Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen** (gilt nicht für Tarif VO) 123

☐ **Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung**

Teil I Musterbedingungen 125
Teil II Tarif PVN 132
Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschülern, Praktikanten 134
Anhang Gesetzesauszüge 135
Hilfsmittelverzeichnis 144
Besondere Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung 146
Information zur COMPASS-Pflegeberatung 147

☒ **Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG und Angaben nach § 19 Abs. 1 VVG** (gilt nur für die elektronische Antragstellung) 148

☒ **Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** 150

☒ **Merkblatt zur Datenverarbeitung** 151

☒ **Satzung der SIGNAL Krankenversicherung a. G.** 153

☒ **Qualitätsbescheinigung zur Erlangung des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 Abs. 2a Satz 1 SGBV** 156

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

# Produktinformationsblatt zur Kranken-Vollversicherung und / oder privaten Pflegepflichtversicherung

**Informationen nach § 4 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)**
Die private Krankenversicherung (PKV) ist neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine der tragenden Säulen unseres gegliederten Krankenversicherungssystems. Dabei fällt der PKV im Rahmen dieser sozialen Sicherung die Hauptaufgabe zu, den vollen Versicherungsschutzes für Personen zu übernehmen, die nicht gesetzlich krankenversichert zu sein brauchen.

Die SIGNAL Krankenversicherung ist mit einer über 100-jährigen Erfahrung, einer Beitragseinnahme von rund 2 Mrd. EUR und rund 2 Mio. versicherten Personen einer der größten privaten Krankenversicherer von etwa fünfzig Krankenversicherungsunternehmen. Mit der SIGNAL IDUNA entscheiden Sie sich für einen leistungsstarken Partner.

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen ersten Überblick über die gewünschte Versicherung. Zusätzlich finden Sie auf den folgenden Seiten die für Sie wichtigen Informationen gemäß der VVG-Informationspflichtenverordnung.

**Beachten Sie bitte, dass die hier genannten Informationen nicht abschließend sind.**

Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte den beigefügten Kundeninformationen, Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Merkblatt zur Datenverarbeitung, dem Informationsblatt der Bundesanstalt sowie den gesetzlichen Grundlagen. Einen Auszug der Paragraphen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), auf die im Folgenden verwiesen wird, finden Sie auch im Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**1 Um welchen Versicherungsvertrag handelt es sich?**
Es handelt sich um eine private Kranken-Vollversicherung und / oder Pflegepflichtversicherung.

Sie wünschen folgende Absicherung:

für _____ nach Tarif(en)

| | | |
|---|---|---|
| ❑ **(R-)START** | ❑ **(R-)START-PLUS** | ❑ **(R-)VO** |
| ❑ **(R-)KOMFORT1** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS1** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 0** |
| ❑ **(R-)KOMFORT2** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS2** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 1** |
| ❑ **(R-)KOMFORT3** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS3** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 2** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 0** | ❑ **ESP-VA 43** | ❑ **PflegeUNFALL** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 1** | ❑ **ESP-VS 43** | ❑ **PflegeSTART** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 2** | ❑ **ESP-VS 22** | ❑ **PflegePLUS** |
| ❑ **peB** | ❑ **(R-)EKH** | ❑ **PflegeTOP** |
| ❑ **PVN** | | |

für _____ nach Tarif(en)

| | | |
|---|---|---|
| ❑ **(R-)START** | ❑ **(R-)START-PLUS** | ❑ **(R-)VO** |
| ❑ **(R-)KOMFORT1** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS1** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 0** |
| ❑ **(R-)KOMFORT2** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS2** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 1** |
| ❑ **(R-)KOMFORT3** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS3** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 2** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 0** | ❑ **ESP-VA 43** | ❑ **PflegeUNFALL** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 1** | ❑ **ESP-VS 43** | ❑ **PflegeSTART** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 2** | ❑ **ESP-VS 22** | ❑ **PflegePLUS** |
| ❑ **peB** | ❑ **(R-)EKH** | ❑ **PflegeTOP** |
| ❑ **PVN** | | |

für _____ nach Tarif(en)

| | | |
|---|---|---|
| ❑ **(R-)START** | ❑ **(R-)START-PLUS** | ❑ **(R-)VO** |
| ❑ **(R-)KOMFORT1** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS1** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 0** |
| ❑ **(R-)KOMFORT2** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS2** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 1** |
| ❑ **(R-)KOMFORT3** | ❑ **(R-)KOMFORT-PLUS3** | ❑ **(R-)EXKLUSIV 2** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 0** | ❑ **ESP-VA 43** | ❑ **PflegeUNFALL** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 1** | ❑ **ESP-VS 43** | ❑ **PflegeSTART** |
| ❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS 2** | ❑ **ESP-VS 22** | ❑ **PflegePLUS** |
| ❑ **peB** | ❑ **(R-)EKH** | ❑ **PflegeTOP** |
| ❑ **PVN** | | |

**2 Was ist versichert?**

❑ **(R-)START**
Kompakttarif mit 480 EUR absolutem Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) auf ambulante und stationäre Leistungen.

100 % Erstattung für ambulante ärztliche Behandlung bei Beachtung des Hausarztprinzips (sonst 75 % bis 1.000 EUR - 500 EUR bei Personen unter 20 Jahren - Selbstbehalt, darüber hinaus 100 %). 100 % Erstattung für stationäre (freie Krankenhauswahl, allgemeine Krankenhausleistungen) und zahnärztliche Behandlung. 75 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor dem 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 75 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor.

❑ **(R-)START-PLUS**
Kompakttarif mit 480 EUR absolutem Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) auf ambulante und stationäre Leistungen.

100 % Erstattung für ambulante ärztliche Behandlung bei Beachtung des Hausarztprinzips (sonst 75 % bis 1.000 EUR - 500 EUR bei Personen unter 20 Jahren - Selbstbehalt, darüber hinaus 100 %). 100 % Erstattung für stationäre (freie Krankenhauswahl, allgemeine Krankenhausleistungen und bei Unfall 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor dem 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Gesundheitsbonus bei Leistungsfreiheit (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen) bis zu 600 EUR jährlich zusätzlich zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung.

❑ **(R-)KOMFORT**
Kompakttarif mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.

100 % Erstattung für ambulante ärztliche Behandlung bei Beachtung des Hausarztprinzips (sonst 75 % bis 1.000 EUR - 500 EUR bei Personen unter 20 Jahren - Selbstbehalt, darüber hinaus 100 %). 100 % Erstattung für stationäre (freie Krankenhauswahl, 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor.

| | |
|---|---|
| (R-) KOMFORT1: | 480 EUR absoluter Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| (R-) KOMFORT2: | 960 EUR absoluter Selbstbehalt (480 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| (R-) KOMFORT3: | 2.400 EUR absoluter Selbstbehalt (1.200 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |

❑ **(R-)KOMFORT-PLUS**
Kompakttarif mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.

100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (freie Krankenhauswahl, Chefarzt und 2-Bettzimmer bzw. 1-Bettzimmer bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder gegen 40 EUR Selbstbehalt pro Tag) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Ferner sieht der Tarif einen Gesundheitsbonus bei Leistungsfreiheit (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen) bis zu 900 EUR jährlich zusätzlich zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung vor.

| | |
|---|---|
| (R-) KOMFORT-PLUS1: | 480 EUR absoluter Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| (R-) KOMFORT-PLUS2: | 960 EUR absoluter Selbstbehalt (480 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| (R-) KOMFORT-PLUS3: | 2.400 EUR absoluter Selbstbehalt (1.200 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |

1331608 Jan12

❑ **(R-)EXKLUSIV**
Kompakttarif je nach gewählter Stufe ohne bzw. mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.

100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (freie Krankenhauswahl, 1- oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Zusätzlich erfolgt eine Beitragsbefreiung bei Eintritt von Schwerstpflegebedürftigkeit. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor.

| | |
|---|---|
| (R-) EXKLUSIV 0: | ohne absoluten Selbstbehalt |
| (R-) EXKLUSIV 1: | 480 EUR absoluter Selbstbehalt<br>(240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| (R-) EXKLUSIV 2: | 960 EUR absoluter Selbstbehalt<br>(480 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |

❑ **(R-)EXKLUSIV-PLUS**
Kompakttarif je nach gewählter Stufe ohne bzw. mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.

100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (freie Krankenhauswahl, 1- oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Zudem erfolgt eine Beitragsbefreiung bei Eintritt von Schwerstpflegebedürftigkeit. Ferner sieht der Tarif einen Gesundheitsbonus bei Leistungsfreiheit (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen) bis zu 900 EUR jährlich zusätzlich zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung vor. Darüber hinaus kann die Auszahlung eines Verhaltensbonus von bis zu 300 EUR im Jahr beantragt werden.

| | |
|---|---|
| (R-) EXKLUSIV-PLUS 0: | ohne absoluten Selbstbehalt |
| (R-) EXKLUSIV-PLUS 1: | 480 EUR absoluter Selbstbehalt<br>(240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| (R-) EXKLUSIV-PLUS 2: | 960 EUR absoluter Selbstbehalt<br>(480 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |

❑ **(R-)VO**
Kompakttarif für kostenbewusste Personen für die neuen Bundesländer ohne absoluten Selbstbehalt.

100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (allgemeine Krankenhausleistungen) und zahnärztliche Behandlung in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost (sonst 80 %). Für Kieferorthopädie bis zu 100 % (wenn Behandlung vor dem 21. Lebensjahr beginnt). Bis zu 70 % Erstattung für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht auf Umstellung in andere Vollversicherungstarife. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor.

❑ **private Beitragsentlastung (peB) - modifizierte Beitragszahlung**
Aufgrund der Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB) reduziert sich der monatliche Beitrag der versicherten Person in gewünschter Höhe ab dem vereinbarten Beginn.

❑ **ESP-VS**
Krankentagegeld für beim Versicherer krankheitskostenvollversicherte Selbstständige in Höhe des gewünschten Tagessatzes ab dem vereinbarten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

❑ **ESP-VA**
Krankentagegeld für beim Versicherer krankheitskostenvollversicherte Arbeitnehmer in Höhe des gewünschten Tagessatzes ab dem vereinbarten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

❑ **(R-)EKH**
Krankenhaustagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

❑ **PflegeUNFALL**
Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall. In der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 % und in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen.* Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

❑ **PflegeSTART**
Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III in Höhe von 100 % des versicherten Tagessatzes. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall Pflegetagegeld in der Pflegestufe II 70 % und in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Zusätzliches Betreuungsgeld bei Demenz, sofern die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung leistet. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen.* Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht auf die Tarife PflegePLUS und PflegeTOP.

❑ **PflegePLUS**
Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 % und in der Pflegestufe II in Höhe von 70 % des versicherten Tagessatzes. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall Pflegetagegeld in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Zusätzliches Betreuungsgeld bei Demenz, sofern die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung leistet. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen.* Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht auf den Tarif PflegeTOP.

❑ **PflegeTOP**
Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 % und in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Zusätzliches Betreuungsgeld bei Demenz, sofern die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung leistet. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen.* Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht auf neue Tarife, die aufgrund gesetzlicher Änderungen eingeführt werden.

❑ **PVN**
Private Pflegepflichtversicherung mit Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder Leistung von Pflegegeld sowie sonstigen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Bei den vorstehend genannten Kurzleistungsbeschreibungen handelt es sich um Auszüge aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III, Tarife.

Grundsätzlich umfasst Ihr Vertrag keinen Versicherungsschutz für vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Versicherungsfälle und Erkrankungen (§ 2 Abs. 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I). Die Grenzen unserer Leistungspflicht ergeben sich aus den dargestellten Leistungshöchstgrenzen sowie dem in den Bedingungen nicht erfassten Leistungsumfang. Den genauen Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I bis III.

**3 Wie hoch ist Ihr Beitrag, und was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung bemessen sich die Beiträge nicht am Einkommen des Versicherten. Ihr zu zahlender Beitrag hängt vielmehr vom Eintrittsalter, vom Geschlecht, von den gewählten Tarifen und vom Ergebnis der Risikobeurteilung ab.

Der Monatsbeitrag für die gewünschte Krankenversicherung, ggf. einschließlich des 10 %igen gesetzlichen Vorsorgezuschlages und der privaten Pflegepflichtversicherung, beträgt _____ EUR.

Sie können zwischen folgenden Zahlungsweisen wählen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich (2 % Nachlass)
- jährlich (4 % Nachlass)

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist der Beitrag jeweils am Monatsersten fällig.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung.

* Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflegeschulung für Angehörige, Reha-Management.

Bei Nichtzahlung von Beiträgen gilt:
Beachten Sie bitte, dass die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags unter den Voraussetzungen des § 37 VVG zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann. Bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen gilt: Zur Krankheitskosten-Vollversicherung im Sinne des § 193 Absatz 3 VVG, zu der alle Tarife zählen, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen, gilt gem. § 193 Abs. 6 VVG: Zahlen Sie zwei Monatsbeiträge nicht, werden wir die Zahlung mahnen. Besteht zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag, werden wir das Ruhen der Leistung feststellen. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang der schriftlichen Mitteilung über die Feststellung des Ruhens ein. Während der Ruhenszeit haften wir ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Sind die ausstehenden Beiträge und dazu entstehende Kosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt und besteht der Versicherungsschutz nicht nach dem Basistarif, wird die Versicherung danach in den Basistarif umgestellt.

Zu anderen Tarifen beachten Sie bitte gemäß §§ 38 und 39 VVG, dass die Nichtzahlung von Beiträgen zum Verlust des Versicherungsschutzes sowie zur Beendigung des Vertrages nach diesen Tarifen führen kann.

Eine private Krankenversicherung setzt eine umfangreiche Beratung voraus. Eine qualifizierte und persönliche Betreuung steht Ihnen jederzeit während der gesamten Vertragslaufzeit durch Ihren Berater zur Verfügung. Darüber hinaus ist unter anderem eine ausführliche Antragsprüfung erforderlich. Sind Ihnen wichtige Vertragsunterlagen abhanden gekommen und Sie benötigen Neue? Unser kompetenter Kundenservice steht Ihnen gern mit Rat und Tat zur Seite.

Die SIGNAL Krankenversicherung a.G. als Service-Versicherer bietet darüber hinaus zahlreiche Vorteile im Vergleich zu anderen Gesellschaften, z. B. unsere Top-Service-Leistung „Medizinische Assistance“.

Die vorgenannten Leistungen und auch Abschluss- und weitere Kosten sind im kalkulierten Beitrag bereits berücksichtigt. Von Ihren Beiträgen wird ein einmaliger Gesamtbetrag an unmittelbaren Vertriebskosten in Höhe von [ ] EUR gedeckt.

Darüber hinaus sind in den Ihrem Monatsbeitrag zugrunde liegenden Tarifbeiträgen [ ] EUR zur Deckung der laufenden Betreuungs- und Vertriebskosten, sowie [ ] EUR zur Deckung der Kosten bzgl. der Verwaltung Ihres Vertrages eingerechnet. Diese beiden Beitragsteile sind grundsätzlich während der gesamten Laufzeit des Vertrages zu entrichten.

Für die wirtschaftliche Lage und die Bewertung eines Unternehmens der privaten Krankenversicherung hat der PKV-Verband einen speziellen Kennzahlen-Katalog entwickelt. SIGNAL IDUNA liegt mit wichtigen Unternehmenskennzahlen, z. B. der versicherungsgeschäftlichen Ergebnisquote, der Eigenkapitalquote und der Rückstellung für Beitragsrückerstattung deutlich besser als der Marktdurchschnitt.

In der Krankenversicherungsmarktstudie „KUBUS PKV“ der unabhängigen Unternehmensberatung MSR Consulting hat die SIGNAL Krankenversicherung für das Jahr 2010 das Kundenurteil „gut“ bei der Bewertung der Gesamtzufriedenheit erhalten. In der Kategorie „Betreuungsqualität“ erreichte die SIGNAL Krankenversicherung sogar die Note „sehr gut“.

Bitte beachten Sie, dass wir bei Zahlungsverzug einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes verlangen können. Im Leistungsfall können Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung und für Übersetzungen von den Leistungen abgezogen werden.

Schließen Sie den Versicherungsvertrag später als einen Monat nach Entstehung der Pflicht zur Versicherung ab, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren Monat der Nichtversicherung zu entrichten. Ab dem 6. Monat der Nichtversicherung ist für jeden weiteren angefangenen Monat ein Sechstel des Monatsbeitrages zu zahlen. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass die versicherte Person mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 01.01.2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten und fällt nicht unter die Höchstbeitragsbegrenzung. Wird der Beitragszuschlag gestundet und eine angemessene Ratenzahlung vereinbart, kann der gestundete Betrag verzinst werden.

**4 Welche Leistungen sind ausgeschlossen?**
Für bestimmte Behandlungen besteht keine Leistungspflicht, z. B. für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und auf Vorsatz beruhende Unfälle einschließlich deren Folgen. Einzelheiten und eine vollständige Aufzählung der Einschränkungen unserer Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 Teil I und ggf. Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Ihrer Krankenversicherung.

Zur privaten Pflegepflichtversicherung beachten Sie bitte §§ 5 und 5a der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

**5 Welche Pflichten haben Sie vor Vertragsschluss zu erfüllen, und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?**
Das Leistungsversprechen, das wir Ihnen geben, setzt voraus, dass wir Ihren Antrag/Ihre Angebotsanfrage sorgfältig prüfen können. Nur so ist sichergestellt, dass die kalkulierten Beiträge auch richtig bemessen sind. Deshalb ist es notwendig, dass Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung (im Regelfall mit Unterschrift des Antrages/ der Angebotsanfrage) die durch uns gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten.

Die Nichtbeachtung dieser Pflichten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Unter Umständen können wir uns auch vom Vertrag lösen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Antrag/ der Angebotsanfrage oder den §§ 19 bis 22 in Verbindung mit § 194 des VVG sowie § 206 VVG.

**6 Welche Pflichten haben Sie während der Laufzeit des Vertrages zu erfüllen, und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?**
Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankheitskostenversicherung -auch einer gesetzlichen- bei einem weiteren Versicherer mit. Der Abschluss einer weiteren Tagegeldversicherung bedarf unserer Einwilligung.

Die während der Laufzeit des Vertrages zu beachtenden Pflichten sind im § 9 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I aufgeführt.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Zu Tarifen, die nicht die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht gemäß § 193 Abs. 3 VVG erfüllen, können wir uns auch vorzeitig vom Vertrag lösen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

**7 Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen, und welche Folgen hätte die Nichtbeachtung für Sie?**
Bei Eintritt des Versicherungsfalls erteilen Sie uns bitte jede Auskunft, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ferner hat die versicherte Person möglichst für die Minderung des Schadens zu sorgen. Die bei Eintritt des Versicherungsfall zu beachtenden Pflichten sind im § 9 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I aufgeführt.

Die Nichtbeachtung der Obliegenheiten kann für Sie schwerwiegende Konsequenzen haben. Je nach Schwere der Pflichtverletzung können Sie Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise verlieren. Einzelheiten entnehmen Sie bitte § 10 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I.

**8 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?**
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem mit Ihnen vereinbarten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Das Versicherungsverhältnis ist grundsätzlich unbefristet, es gilt für einen Krankenversicherungsvertrag eine Mindestvertragsdauer von zwei Jahren, Verträge mit Minderjährigen werden für ein Jahr geschlossen. Für die Krankentagegeld- und Pflegetagegeldversicherung gilt eine Mindestvertragsdauer von einem Jahr.

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Die private Pflegepflichtversicherung wird für die Dauer der Versicherungspflicht geschlossen.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – im Regelfall mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

**9 Welche Möglichkeiten gibt es, den Vertrag zu beenden?**
Eine Krankheitskostenvollversicherung ist existenziell wichtig und sollte daher niemals beendet werden. Der Gesetzgeber unterstreicht dieses dadurch, dass jeder Bürger ab 2009 in Deutschland eine Krankenversicherung haben muss. Deshalb ist ein Wechsel auch nur noch möglich, wenn eine anderweitige Krankenvollversicherung nachgewiesen wird.

Der Vertrag kann von Ihnen nach Ablauf der Mindestvertragsdauer jeweils zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Zusätzlich zum oben genannten ordentlichen Kündigungsrecht haben Sie in bestimmten Fällen auch vorzeitig die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag zu kündigen.

Die private Pflegepflichtversicherung kann erst mit Beendigung der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate seit Beendigung der Versicherungspflicht rückwirkend zum Ende der Versicherungspflicht.

Genaue Informationen zu der Beendigung Ihres Vertrages, den Kündigungsmöglichkeiten durch den Versicherer sowie den sonstigen Beendigungsgründen erhalten Sie in den §§ 13 bis 15 der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den §§ 205 bis 207 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Bitte beachten Sie, dass sämtliche Kündigungen in Schriftform erfolgen müssen.

# 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. Produktinformationsblatt, Versicherungsbedingungen, ggf. Produktvorschlag) mit für Sie wichtigen Informationen. Die nachfolgend dargestellten Informationen sind entweder Ergänzungen oder aber von sehr großer Bedeutung für Sie, so dass sie hier nochmals gesondert aufgeführt werden.**

**Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers sowie vertretungsberechtigte Personen**
SIGNAL Krankenversicherung a. G.
Joseph-Scherer-Str. 3
44139 Dortmund,

Handelsregister B 2405, Amtsgericht Dortmund

Vertreten durch die Vorstände Reinhold Schulte (Vorsitzender), Dr. Karl-Josef Bierth, Marlies Hirschberg-Tafel, Michael Johnigk, Ulrich Leitermann, Michael Petmecky, Dr. Klaus Sticker, Prof. Dr. Markus Warg

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Günter Kutz

Internet: www.signal-iduna.de

E-Mail: info@signal-iduna.de

**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 Krankenversicherung a. G., gehört dem Sicherungsfonds für die private Krankenversicherung an.

**Vertragsbedingungen**
Für Ihren Krankenversicherungsvertrag gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G.:

- Teil I sind immer die Musterbedingungen der privaten Krankenversicherung
- Teil II beinhaltet die den Teil I ergänzenden allgemein gültigen spezifischen Tarifbedingungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G.
- Teil III enthält die jeweiligen zu den Teilen I und II gehörenden SIGNAL Tarife.

Für den Basistarif gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif Teil I und II.

Für eine Anwartschaftsversicherung gelten zusätzlich die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung.

Für die private Pflegepflichtversicherung gelten die

- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (Teil I und II)
- bei Vereinbarung eines Tarifes mit der Ergänzung -Z die Zusatzvereinbarungen gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a Abs. 1 des Sozialgesetzbuches XI
- ggf. die Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten
- ggf. die Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung.

Der Umfang Ihres Kranken- und/ oder Pflegeversicherungsschutzes richtet sich nach dem individuell vorgeschlagenen Tarif(en). Dort ist auch beschrieben, wann der Versicherungsfall eintritt und welche Versicherungsleistung Sie erhalten. Nähere Einzelheiten sind im Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder im Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Basistarif beschrieben.

**Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen**
Die übergebenen Informationen haben zu dem von Ihnen beantragten/ gewünschten Versicherungsbeginn Gültigkeit.

**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**
Wenn Sie eine Versicherung bei uns wünschen, haben Sie die Wahl zwischen der Stellung eines Antrages oder einer Angebotsanfrage. Demnach wird das Zustandekommen des Vertrages differenziert.

- **Bei Stellung eines Antrages:**
  Auf Ihren Antrag hin erhalten Sie durch den Versicherer einen Versicherungsschein, der die Annahme des Antrages und den Versicherungsschutz dokumentiert.
- **Bei Stellung einer Angebotsanfrage:**
  Auf Ihre Angebotsanfrage hin erhalten Sie durch den Versicherer ein entsprechendes Versicherungsangebot. Nur wenn dieses Angebot von Ihnen fristgerecht und unabgeändert angenommen wird, kommt der Vertrag mit Zugang Ihrer Annahmeerklärung beim Versicherer zustande. Der Zugang Ihrer Annahmeerklärung wird Ihnen durch die Übersendung eines Versicherungsscheins bestätigt.

**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 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/der Angebotsanfrage 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.

1325307 .pdf Jun11 Seite 1 von 2

**Fassung 06.2011**

**Mitgliedstaaten der EU, deren Recht der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde gelegt wird**
Es wird das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde gelegt.

**Anwendbares Recht/ zuständiges Gericht**
Das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

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 des Versicherungsnehmers, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

**Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde**
Eine Beschwerde kann auch direkt gerichtet werden an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

# Zusätzliche Kundeninformation zur substitutiven Krankenversicherung

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

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

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

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

Zusätzlich werden für die Versicherten die Zinsen aus der 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 erhalten darüber hinaus bei einem Wechsel in den Standardtarif eine Höchstbeitragsgarantie. Der Standardtarif stellt sicher, dass jede versicherte Person niemals mehr zu zahlen hat, als den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für Ehepaare gilt unter bestimmten Voraussetzungen sogar eine gemeinsame Beitragsbegrenzung auf den 1,5-fachen Höchstbeitrag.

Ab 2009 besteht auch die Möglichkeit in der privaten Krankenversicherung in den Basistarif zu wechseln, der dem Leistungsniveau der GKV entspricht. Wie im Standardtarif wird der Beitrag dieses Tarifs auf den allgemeinen GKV-Höchstbeitrag begrenzt. Unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere für Rentner und Hilfebedürftige, können privat Vollversicherte auch ohne Altersbegrenzung in den Basistarif umstellen.

Besteht für die Versicherung im Basistarif Hilfebedürftigkeit im Sinne SGB II oder 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 Versichererwechsel 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.

1325405 .pdf Jul10 Seite 1 von 1

**Fassung 07.2010**

# Übersicht über die Beitragsentwicklung

**Informationen nach § 3 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)**
Sie sind bereits über den aktuellen Beitrag Ihrer SIGNAL Krankenversicherung informiert. Dieser Beitrag ist, sofern es sich z.B. nicht um Kinder/Jugendliche bzw. Ausbildungstarife handelt, mit Alterungsrückstellungen kalkuliert. Hierdurch gewährleisten wir, dass sich der von Ihnen zu zahlende Betrag bei gleichbleibenden Verhältnissen im Gesundheitswesen nicht mit steigendem Alter verändern wird. Dies entspricht aber nicht der Realität, denn die Verhältnisse im Gesundheitswesen variieren erheblich.

Gründe hierfür sind in erster Linie
- der medizinische Fortschritt
- die steigende Lebenserwartung
- das stärkere Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung
- der steigende Anspruch an die medizinische Versorgung

Wichtig für Sie ist: In der privaten Krankenversicherung besteht kein Recht des Versicherers zur ordentlichen Kündigung von Verträgen. Dies beinhaltet die Gewissheit für die Versicherten, unabhängig vom Gesundheitszustand, ihr Leben lang auf den Krankenversicherungsschutz vertrauen zu können.

Aufgrund der veränderten Verhältnisse müssen die Versicherer zumindest einmal jährlich ihre Beiträge überprüfen und ggf. anpassen. Würde dies unterbleiben, wäre der Zeitpunkt, an dem die ständige Erfüllbarkeit der vertraglich vereinbarten Leistungszusagen nicht mehr gegeben wäre, leicht abzusehen.

Schon seit Jahrzehnten, aber insbesondere in den letzten Jahren, steigen die Kosten im Gesundheitswesen in einem permanenten, dynamischen Prozess schneller als Renten, Gehälter und die Kosten der Lebenshaltung.

Zu beachten ist dabei, dass der vereinbarte Versicherungsschutz immer höherwertiger und wertvoller wird, da er Leistungen einschließt, die früher gar nicht oder nur vereinzelt existierten. Durch den medizinischen Fortschritt wird die medizinische Versorgung, an die durch das gestiegene Gesundheitsbewusstsein auch höhere Anforderungen zur Verbesserung der Lebensqualität gestellt werden, stetig verbessert. Beispielsweise kostet die inzwischen schon fast routinemäßig angewendete Kernspintomographie im Einzelfall 1.000 EUR oder mehr. Vor wenigen Jahren gab es sie noch gar nicht, so wie auch viele andere moderne Verfahren, durch die gerade älteren Menschen eine bessere Behandlung von Erkrankungen ermöglicht wird.

Zudem entstehen durch die moderne Apparatemedizin gerade in den letzten Lebensjahren überproportionale Kosten. Da diese Leistungen bisher nicht in der Höhe einkalkuliert werden konnten, sind dafür natürlich auch Alterungsrückstellungen zu bilden. Diese sind so zu dotieren, dass die dauernde Erfüllbarkeit der abgegebenen Leistungszusagen gegeben ist.

Dies alles führt auch zu der erfreulichen Tatsache, dass die Lebenserwartung insgesamt in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Privat Krankenversicherte werden im Durchschnitt sogar noch deutlich älter als der Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Für die private Krankenversicherung bedeutet eine steigende Lebenserwartung jedoch, dass für einen längeren als den bisher kalkulierten Zeitraum Leistungen zur Verfügung gestellt werden müssen.

Die Einbeziehung aktueller Sterbetafeln sichert so die ausreichende Vorsorge für das Alter durch angemessen kalkulierte Alterungsrückstellungen, gerade für die heute noch jüngeren Versicherten. Die steigende Lebenserwartung bedeutet also mehr Vorsorge durch höhere Alterungsrückstellungen für die Zukunft, diese sind aber nur durch höhere Beiträge zu finanzieren.

Die dargestellten Beiträge beschränken sich auf den monatlichen Grundbeitrag des ausgewählten Krankheitskostentarifes. Mögliche Sonderbedingungen (Ausbildungstarife, Anwartschaften) bzw. besondere Zu- und Abschläge (z. B. Risikozuschlag, gesetzlicher Vorsorgezuschlag) werden nicht berücksichtigt. Zu Tagegeldern werden feste Stufen ausgewiesen. Zum Beitragsentlastungstarif sowie zu Pflegetagegeldern erfolgt keine Darstellung.

Den nachfolgenden Beitragsübersichten können Sie entnehmen, wie sich der Beitrag geschlechtsbezogen für Personen entwickelt hat, die vor 10 Jahren im Alter von 35 Jahren die von Ihnen gewählten bzw. vergleichbare Tarife / Tarifkombinationen abgeschlossen haben.

Da die von Ihnen gewählten Tarife / Tarifkombinationen noch nicht 10 Jahre angeboten werden, ist die Aussagekraft der Übersicht begrenzt. Daher haben wir Tarife, die noch nicht 10 Jahre angeboten werden, durch vergleichbare Tarife, die seit mindestens 10 Jahren bestehen, ersetzt. Die Entwicklung der noch nicht 10 Jahre angebotenen Tarife entnehmen Sie bitte der darunter stehenden Zusatztabelle.

**Männer, Eintrittsalter 35, alle Beiträge in EUR**

| Tarif | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vergleichstarif für die Tarife START, START-PLUS | 151,21 | 151,21 | 151,21 | 151,21 | 168,37 | 190,29 | 190,29 | 202,39 | 241,34 | 241,34 |
| Vergleichstarife für die Tarife KOMFORT1 bis 3, KOMFORT-PLUS1 bis 3 | 191,41 | 189,75 | 188,15 | 188,15 | 205,31 | 227,44 | 227,44 | 239,54 | 278,49 | 278,49 |
| Vergleichstarife für die Tarife EXKLUSIV 0, EXKLUSIV-PLUS 0 | 252,92 | 250,39 | 250,39 | 250,39 | 293,74 | 321,82 | 321,82 | 346,92 | 346,92 | 346,92 |
| Vergleichstarife für die Tarife EXKLUSIV 1, 2 und EXKLUSIV-PLUS 1, 2 | 212,21 | 209,68 | 209,68 | 209,68 | 226,84 | 248,96 | 248,96 | 261,06 | 300,01 | 300,01 |
| Vergleichstarif für den Tarif VO | 138,74 | 159,52 | 173,93 | 173,93 | 201,67 | 202,36 | 251,10 | 251,10 | 251,10 | 296,10 |
| Vergleichstarif für den Tarif ESP-VS 22/50 | 42,00 | 42,00 | 46,55 | 46,55 | 46,55 | 46,55 | 46,55 | 46,55 | 46,55 | 46,55 |
| Vergleichstarife für die Tarife ESP-VA 43/50 und ESP-VS 43/50 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 |
| EKH 25 | 6,35 | 6,35 | 6,35 | 6,35 | 6,35 | 6,38 | 5,80 | 5,80 | 5,80 | 5,80 |

1331708 Jan12

**Männer, Eintrittsalter 35, alle Beiträge in EUR - Zusatztabelle**

| Tarif | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| START | | | | | | 147,77 | 142,77 | 142,77 | 154,50 | 154,50 |
| START-PLUS | | | | | | 192,66 | 192,66 | 192,66 | 204,71 | 204,71 |
| KOMFORT1 | | | | | | 226,53 | 226,53 | 226,53 | 226,53 | 226,53 |
| KOMFORT2 | | | | | | 200,30 | 200,30 | 200,30 | 200,30 | 200,30 |
| KOMFORT3 | | | | | | 152,01 | 152,01 | 152,01 | 152,01 | 152,01 |
| KOMFORT-PLUS1 | | | | | | 299,71 | 299,71 | 299,71 | 299,71 | 299,71 |
| KOMFORT-PLUS2 | | | | | | 279,25 | 279,25 | 279,25 | 279,25 | 279,25 |
| KOMFORT-PLUS3 | | | | | | 240,13 | 240,13 | 240,13 | 240,13 | 240,13 |
| EXKLUSIV 0 | | | | | | | 368,67 | 368,67 | 368,67 | 368,67 |
| EXKLUSIV 1 | | | | | | | 327,45 | 327,45 | 327,45 | 327,45 |
| EXKLUSIV 2 | | | | | | | 299,46 | 299,46 | 299,46 | 299,46 |
| EXKLUSIV-PLUS 0 | | | | | | | 424,85 | 424,85 | 424,85 | 424,85 |
| EXKLUSIV-PLUS 1 | | | | | | | 394,83 | 394,83 | 394,83 | 394,83 |
| EXKLUSIV-PLUS 2 | | | | | | | 374,51 | 374,51 | 374,51 | 374,51 |
| VO | | | | 127,60 | 127,60 | 128,81 | 149,62 | 162,01 | 162,01 | 173,18 |
| ESP-VS 22/50 | | | | | | | | | 41,40 | 41,40 |
| ESP-VS 43/50 | | | | | | | | | 20,85 | 20,85 |
| ESP-VA 43/50 | | | | | | | | | 13,90 | 13,90 |

**Frauen, Eintrittsalter 35, alle Beiträge in EUR**

| Tarif | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vergleichstarif für die Tarife START, START-PLUS | 202,71 | 202,71 | 202,71 | 202,71 | 228,67 | 249,23 | 249,23 | 262,02 | 307,02 | 307,02 |
| Vergleichstarife für die Tarife KOM-FORT1 bis 3, KOM-FORT-PLUS1 bis 3 | 243,48 | 242,42 | 239,17 | 239,17 | 265,13 | 285,49 | 285,49 | 298,28 | 343,28 | 343,28 |
| Vergleichstarife für die Tarife EXKLU-SIV 0, EXKLUSIV-PLUS 0 | 317,17 | 315,30 | 314,63 | 314,63 | 353,34 | 354,67 | 354,67 | 389,18 | 389,18 | 389,18 |
| Vergleichstarife für die Tarife EXKLUSIV 1, 2 und EXKLUSIV-PLUS 1, 2 | 260,15 | 258,28 | 257,61 | 257,61 | 283,57 | 307,90 | 307,90 | 320,69 | 365,69 | 365,69 |
| Vergleichstarif für den Tarif VO | 198,75 | 219,74 | 238,33 | 238,33 | 281,00 | 278,67 | 339,92 | 339,92 | 339,92 | 339,92 |
| Vergleichstarif für den Tarif ESP-VS 22/50 | 46,50 | 46,50 | 46,50 | 46,50 | 51,83 | 51,35 | 51,35 | 51,35 | 51,35 | 51,35 |
| Vergleichstarife für die Tarife ESP-VA 43/50 und ESP-VS 43/50 | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 | 24,00 |
| EKH 25 | 7,13 | 7,13 | 7,13 | 7,13 | 7,13 | 6,02 | 6,02 | 6,02 | 6,02 | 6,02 |

**Frauen, Eintrittsalter 35, alle Beiträge in EUR - Zusatztabelle**

| Tarif | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| START | | | | | | 186,02 | 186,02 | 186,02 | 201,38 | 201,38 |
| START-PLUS | | | | | | 230,95 | 230,95 | 230,95 | 248,85 | 248,85 |
| KOMFORT1 | | | | | | 292,43 | 292,43 | 292,43 | 313,84 | 313,84 |
| KOMFORT2 | | | | | | 256,24 | 256,24 | 256,24 | 273,15 | 273,15 |
| KOMFORT3 | | | | | | 186,06 | 186,06 | 186,06 | 199,83 | 199,83 |
| KOMFORT-PLUS1 | | | | | | 366,75 | 366,75 | 366,75 | 401,06 | 401,06 |
| KOMFORT-PLUS2 | | | | | | 328,82 | 328,82 | 328,82 | 355,55 | 355,55 |
| KOMFORT-PLUS3 | | | | | | 270,14 | 270,14 | 270,14 | 295,47 | 295,47 |
| EXKLUSIV 0 | | | | | | | 441,52 | 441,52 | 441,52 | 441,52 |
| EXKLUSIV 1 | | | | | | | 404,60 | 404,60 | 404,60 | 404,60 |
| EXKLUSIV 2 | | | | | | | 362,36 | 362,36 | 362,36 | 362,36 |
| EXKLUSIV-PLUS 0 | | | | | | | 484,62 | 484,62 | 484,62 | 484,62 |
| EXKLUSIV-PLUS 1 | | | | | | | 460,56 | 460,56 | 460,56 | 460,56 |
| EXKLUSIV-PLUS 2 | | | | | | | 426,49 | 426,49 | 426,49 | 426,49 |
| VO | | | | 181,10 | 181,10 | 176,64 | 203,98 | 209,35 | 209,35 | 224,35 |
| ESP-VS 22/50 | | | | | | | | | 46,05 | 46,05 |
| ESP-VS 43/50 | | | | | | | | | 23,50 | 23,50 |
| ESP-VA 43/50 | | | | | | | | | 17,30 | 17,30 |

Die dargestellte Beitragsentwicklung berücksichtigt, wie bereits erläutert, nicht nur die gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen, sondern daneben auch die höhere Dotierung der Alterungsrückstellungen durch höherwertige Leistungen und die gestiegene Lebenserwartung. Diese Effekte tragen nicht unerheblich zu der Beitragsentwicklung bei. Übrigens: Bis zu 50% der von Ihnen eingezahlten Beiträge sind für Ihre Altersvorsorge bestimmt.

Zusätzlich resultieren Beitragsveränderungen auch aus gesetzgeberischen Vorgaben, wie z. B. im Jahr 2008 die Änderungen im Rahmen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes. Bitte beachten Sie, dass wir auf daraus resultierende Erhöhungen keinen Einfluss haben.

Bitte berücksichtigen Sie, dass Sie die abgebildete Beitragsentwicklung nicht auf die Zukunft übertragen können, da jährlich erneut zu prüfen ist, inwiefern ein Anpassungsbedarf gegeben ist.

Auch wenn zukünftig nicht von einer entsprechenden Entwicklung Ihrer Krankenversicherungsbeiträge ausgegangen werden kann, können Sie sicher sein, dass wir bereits Maßnahmen ergriffen haben, die die zukünftige Entwicklung der Beiträge positiv beeinflussen werden. Schließlich ist unser und Ihr vorwiegendes Interesse, dass die Kosten im Gesundheitswesen gedämpft bzw. Kostensteigerungen in Grenzen gehalten werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Versicherungsbeiträge, sowohl für unsere heutigen wie auch für unsere künftigen Kunden, bezahlbar bleiben.

Mit einer guten Risikoselektion arbeitet die SIGNAL Krankenversicherung aktiv an einer Verbesserung der Beitragsentwicklung. Hierzu zählt u. a. die Einführung eines maschinellen Risikoprüfungssystems (AktuarMed). Risikobewertungen (Annahme, Ablehnung oder Annahme mit Risikozuschlägen bzw. im Ausnahmefall Leistungsausschlüssen) erfolgen damit weitgehend maschinell auf Basis gesicherter vergleichbarer Behandlungsdaten.

Ferner hilft unser Top-Service die „Medizinische Assistance“ den optimalen Behandlungsverlauf und die intensive Betreuung unserer Kunden sicherzustellen. Unsere Kunden und deren Angehörige, die diesen Service bereits in Anspruch genommen haben, gaben uns ausschließlich positive Rückmeldungen. Diese zielgerichtete Unterstützung gerade bei der Behandlung schwerer Erkrankungen trägt dazu bei, unnötige Behandlungskosten zu reduzieren.

Die vorgenannten Maßnahmen wurden auch lobend im letzten Rating der Assekurata, einer renommierten Ratingagentur, hervorgehoben: „Positiv ist hierbei zu berücksichtigen, dass mit der Anpassung der Rechnungsgrundlagen in Verbindung mit der sehr guten Risikoselektion der SIGNAL Kranken die Basis für eine angemessene Beitragsentwicklung in der Zukunft geschaffen wurde.“

# Leistungskurzübersicht der Tarife für Sie

Bitte beachten Sie, dass folgende Kurzübersicht ein Auszug aus den Tarifen ist.
Im Einzelnen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil I, II und III.

| **Kompakttarife Vollversicherung** | |
|---|---|
| **(R-) START** | Kompakttarif mit 480 EUR absolutem Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) auf ambulante und stationäre Leistungen.<br>100 % Erstattung für ambulante ärztliche Behandlung bei Beachtung des Hausarztprinzips (sonst 75 % bis 1.000 EUR - 500 EUR bei Personen unter 20 Jahren - Selbstbehalt, darüber hinaus 100 %).<br>100 % Erstattung für stationäre (freie Krankenhauswahl, allgemeine Krankenhausleistungen) und zahnärztliche Behandlung.<br>75 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 75 % für Zahnersatz.<br>Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor. |
| **(R-) START-PLUS** | Kompakttarif mit 480 EUR absolutem Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren) auf ambulante und stationäre Leistungen.<br>100 % Erstattung für ambulante ärztliche Behandlung bei Beachtung des Hausarztprinzips (sonst 75 % bis 1.000 EUR - 500 EUR bei Personen unter 20 Jahren - Selbstbehalt, darüber hinaus 100 %).<br>100 % Erstattung für stationäre (freie Krankenhauswahl, allgemeine Krankenhausleistungen und bei Unfall 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung.<br>Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Gesundheitsbonus bei Leistungsfreiheit (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen) bis zu 600 EUR jährlich zusätzlich zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung. |
| **(R-) KOMFORT** | Kompakttarif mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.<br>100 % Erstattung für ambulante ärztliche Behandlung bei Beachtung des Hausarztprinzips (sonst 75 % bis 1.000 EUR - 500 EUR bei Personen unter 20 Jahren - Selbstbehalt, darüber hinaus 100 %).<br>100 % Erstattung für stationäre (freie Krankenhauswahl, 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung.<br>Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor.<br>(R-) KOMFORT1: 480 EUR absoluter Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren)<br>(R-) KOMFORT2: 960 EUR absoluter Selbstbehalt (480 EUR bei Personen unter 20 Jahren)<br>(R-) KOMFORT3: 2.400 EUR absoluter Selbstbehalt (1.200 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| **(R-) KOMFORT-PLUS** | Kompakttarif mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.<br>100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (freie Krankenhauswahl, Chefarzt und 2-Bettzimmer bzw. 1-Bettzimmer bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt oder gegen 40 EUR Selbstbehalt pro Tag) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Ferner sieht der Tarif einen Gesundheitsbonus bei Leistungsfreiheit (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen) bis zu 900 EUR jährlich zusätzlich zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung vor.<br>(R-) KOMFORT-PLUS1: 480 EUR absoluter Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren)<br>(R-) KOMFORT-PLUS2: 960 EUR absoluter Selbstbehalt (480 EUR bei Personen unter 20 Jahren)<br>(R-) KOMFORT-PLUS3: 2.400 EUR absoluter Selbstbehalt (1.200 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| **(R-) EXKLUSIV** | Kompakttarif je nach gewählter Stufe ohne bzw. mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.<br>100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (freie Krankenhauswahl, 1- oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Zusätzlich erfolgt eine Beitragsbefreiung bei Eintritt von Schwerstpflegebedürftigkeit. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor.<br>(R-) EXKLUSIV 0: ohne absoluten Selbstbehalt<br>(R-) EXKLUSIV 1: 480 EUR absoluter Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren)<br>(R-) EXKLUSIV 2: 960 EUR absoluter Selbstbehalt (480 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| **(R-) EXKLUSIV-PLUS** | Kompakttarif je nach gewählter Stufe ohne bzw. mit Selbstbehalt auf ambulante und stationäre Leistungen.<br>100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (freie Krankenhauswahl, 1- oder 2-Bettzimmer mit Chefarzt) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % Erstattung für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht. Zudem erfolgt eine Beitragsbefreiung bei Eintritt von Schwerstpflegebedürftigkeit. Ferner sieht der Tarif einen Gesundheitsbonus bei Leistungsfreiheit (Ausnahme: Vorsorgeuntersuchungen) bis zu 900 EUR jährlich zusätzlich zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung vor. Darüber hinaus kann die Auszahlung eines Verhaltensbonus von bis zu 300 EUR im Jahr beantragt werden.<br>(R-) EXKLUSIV 0: ohne absoluten Selbstbehalt<br>(R-) EXKLUSIV 1: 480 EUR absoluter Selbstbehalt (240 EUR bei Personen unter 20 Jahren)<br>(R-) EXKLUSIV 2: 960 EUR absoluter Selbstbehalt (480 EUR bei Personen unter 20 Jahren) |
| **(R-) VO** | Kompakttarif für kostenbewusste Personen für die neuen Bundesländer ohne absoluten Selbstbehalt.<br>100 % Erstattung für ambulante ärztliche, stationäre (allgemeine Krankenhausleistungen) und zahnärztliche Behandlung in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost (sonst 80 %). Für Kieferorthopädie bis zu 100 %. Bis zu 70 % Erstattung für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht auf Umstellung in andere Vollversicherungstarife. Ferner sieht der Tarif eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung vor. |
| **Beitragsentlastungstarif** | |
| **peB** | private Beitragsentlastung (peB) - modifizierte Beitragszahlung<br>Aufgrund der Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB) reduziert sich der monatliche Beitrag der versicherten Person in gewünschter Höhe ab dem vereinbarten Beginn. |

| Barleistungstarife | |
|---|---|
| **(R-) EKH** | Krankenhaustagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes. |
| **EKUR** | Kurtagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes für ambulante und stationäre Kuren. |
| **PflegeUNFALL** | Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall. In der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 % und in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflegeschulung für Angehörige, Reha-Management. Die Beiträge beinhalten keine Altersrückstellungen. |
| **PflegeSTART** | Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III in Höhe von 100 % des versicherten Tagessatzes. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall Pflegetagegeld in der Pflegestufe II 70 % und in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Zusätzliches Betreuungsgeld bei Demenz, sofern die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung leistet. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflegeschulung für Angehörige, Reha-Management. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht auf den Tarife PflegePLUS und PflegeTOP. |
| **PflegePLUS** | Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 % und in der Pflegestufe II in Höhe von 70 % des versicherten Tagessatzes. Bei bestehender Pflegebedürftigkeit nach einem Unfall Pflegetagegeld in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Zusätzliches Betreuungsgeld bei Demenz, sofern die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung leistet. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflegeschulung für Angehörige, Reha-Management. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht auf den Tarif PflegeTOP. |
| **PflegeTOP** | Pflegetagegeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 % und in der Pflegestufe I in Höhe von 30 % des versicherten Tagessatzes. Zusätzliches Betreuungsgeld bei Demenz, sofern die soziale bzw. private Pflegepflichtversicherung leistet. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 90 Tagessätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ab einem versicherten Tagessatz von 35 EUR zusätzlich Assistanceleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflegeschulung für Angehörige, Reha-Management. Ferner beinhaltet der Tarif ein Optionsrecht auf neue Tarife, die aufgrund gesetzlicher Änderungen eingeführt werden. |
| **ESP-VS** | Krankentagegeld für beim Versicherer krankheitskostenvollversicherte Selbstständige in Höhe des gewünschten Tagessatzes ab dem vereinbarten Tag der Arbeitsunfähigkeit. |
| **ESP-VA** | Krankentagegeld für beim Versicherer krankheitskostenvollversicherte Arbeitnehmer in Höhe des gewünschten Tagessatzes ab dem vereinbarten Tag der Arbeitsunfähigkeit. |

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

**Teil I** Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

## 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 ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). 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 (§ 8 a 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.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

(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 Abs. 3 Teil II. 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

(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 gem. § 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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 Absatz 2 genannten Behandlern 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 Absatz 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 Erfolg versprechend 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.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**
(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 Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Versicherten ist und 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 Versicherungsschutz für ambulante Leistungen vorsieht. Zudem werden in der Krankheitskostenvollversicherung die Kosten der Versorgung in einem stationären Hospiz erstattet.

(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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 a) 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. 1 e) Teil I entfällt.

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

**§ 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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 SIGNAL Klinik-Card 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 ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und 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 unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ungeachtet des versicherten Tarifs ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; die Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenen Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buchs Sozialgesetzbuch oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch wird. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG (siehe Anhang) fortgesetzt.

(7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.

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

(6) 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 BRE-schädlich. 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.

**§ 8 a Beitragsberechnung**
**Teil I MB/KK**

(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. 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 SIGNAL Tarifbedingungen**

(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 § 8 a 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.

**§ 8 b 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 SIGNAL Tarifbedingungen**

(1) Die in § 8 b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen 10 %, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5 %.

(3) Unter den in § 8 b 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 Versicheres abgeschlossen werden.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

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 eines Monats 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 erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb der Kündigungsfrist nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(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 § 12 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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 zu § 13 Abs. 8 Satz 2 MB/KK kann der Versicherungsnehmer, der bereits vor dem 01.01.2009 eine Krankheitskostenvollversicherung bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. abgeschlossen hat und nach dem 01.01.2009 bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 § 12 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 MB/KK 2009 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 Absatz 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
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 Absatz 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
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 § 8 b Teil I und II erfolgen.

## Sonstige Bestimmungen

**§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**
**Teil I MB/KK**
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

**§ 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) Absatz 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.

# Teil III Tarif START Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

**START**
Produktlinie **privat**

**Der Tarif START 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** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

**Wartezeiten** (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

### 1 Ambulante Heilbehandlung
Erstattet werden im Rahmen der ambulanten Behandlung:

### 1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die 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 Hebammenleistung und Leistung 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.

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

### 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, Diphterie und Zeckenbiss-Encephalitis.

### 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 "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Sozialgesetzbuch (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) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

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 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 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.

- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Erstattung 75 % beträgt.

Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,

- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird.

Erläuterung zu Generika
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

### 1.6 Sehhilfen
Erstattungsfähig sind Kosten für Sehhilfen, das sind Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen 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 bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

### 1.7 Hilfsmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen:

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

Ebenfalls erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistungszusage durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Kosten von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z.B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen). Wurde keine vorherige Leistungszusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

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

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Wird das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer zur Verfügung gestellt oder werden die medizinisch notwendige Versorgung und die Kosten des Hilfsmittels aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags vorab vom Versicherer zugesagt, beträgt die Erstattung 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. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

Erstattet werden 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus werden Heil-

mittel zu 100 % erstattet, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden.

Das sind: 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 für z.B.: 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 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.

**1.11 Psychotherapeutische Behandlungen**
Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird nicht geleistet.

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

**2 Zahnärztliche Behandlung**
Erstattet werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung:

**2.1 Zahnprophylaxe**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**2.2 Zahnbehandlung**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**2.4 Zahnersatz**
2.4.1 Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Kosten für Verblendungen sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.

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 um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 55 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde.

Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 75 %, 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.

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

**2.6 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.

**2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr**
Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 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 Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

**2.8 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.

**3 Stationäre Heilbehandlung**
Erstattet werden im Rahmen der stationären Behandlung:

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

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**3.2 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 nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach 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 1.5 und 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.

**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 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 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.

§ 8 a 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 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 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 der AVB Teil I verlangen.

## D Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung** (zu § 8 b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8 b 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 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 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 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 Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a 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 START dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

# Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)START

Produktlinie **privat**

**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, Diphterie 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?**
Nein, die Kosten für eine ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

**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?**
Es werden 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages geleistet. Die Erstattung erhöht sich auf 100 %, sofern Ihnen das Hilfsmittel im gegenseitigen Einvernehmen von uns zur Verfügung gestellt wird oder die Kosten vorab von uns aufgrund eines Kostenvoranschlages zugesagt werden.

**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.

*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.

1324503 .pdf Jan10 Seite 1 von 4

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.

**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 und Zahnprophylaxe?**
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Nummern 100-102 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.

**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 für 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.



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

# Anhang

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.



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

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 1 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 100 GOZ Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 101 GOZ Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 102 GOZ Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
oder alternativ
Ziffer 405 GOZ Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn



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

# Teil III Tarif START-PLUS Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

**START-PLUS**
Produktlinie **privat**

**Der Tarif START-PLUS 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** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

**Wartezeiten** (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

### 1 Ambulante Heilbehandlung
Erstattet werden im Rahmen der ambulanten Behandlung:

### 1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die 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 Hebammenleistung und Leistung 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.

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

### 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, Diphterie und Zeckenbiss-Encephalitis.

### 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 "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Sozialgesetzbuch (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) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

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 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 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.

- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Erstattung 75 % beträgt.

Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,

- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird.

Erläuterung zu Generika
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

### 1.6 Sehhilfen
Erstattungsfähig sind Kosten für Sehhilfen, das sind Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen. Erstattungsfähig sind Sehhilfen 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 bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

### 1.7 Hilfsmittel
Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen:

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

Ebenfalls erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistungszusage durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Kosten von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z.B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen). Wurde keine vorherige Leistungszusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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.

Hilfsmittel gleicher Art werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

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

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Wird das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vom Versicherer zur Verfügung gestellt oder werden die medizinisch notwendige Versorgung und die Kosten des Hilfsmittels aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags vorab vom Versicherer zugesagt, beträgt die Erstattung 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.

1324604.pdf Jan12 Seite 1 von 4

**Fassung 01.2012**

Diese werden erstattet, wenn sie durch staatlich geprüfte Angehörige anerkannter Heil- und Heilhilfsberufe durchgeführt werden. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

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.

Das sind: 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 für z.B.: 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 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.

**1.11 Psychotherapeutische Behandlungen**
Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen wird nicht geleistet.

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

**2 Zahnärztliche Behandlung**
Erstattet werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung:

**2.1 Zahnprophylaxe**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**2.2 Zahnbehandlung**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**2.3 Kieferorthopädie**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der 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 bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Kosten für Verblendungen sind bis zum Zahn fünf erstattungsfähig.

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 um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 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 Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

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

**2.6 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.

**2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr**
Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 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 Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

**2.8 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.

**3 Stationäre Heilbehandlung**
Erstattet werden im Rahmen der stationären Behandlung:

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

Ebenfalls erstattungsfähig sind die gesondert berechenbaren Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

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 KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte 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.

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 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 nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach 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 1.5 und 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.

**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.

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

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 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.

Leistungen aus dem Tarif START-PLUS für Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen haben keinen Einfluss auf die Voraussetzungen zur Zahlung der Bonusleistung.

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.

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

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

## 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-PLUS, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START-PLUS in leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot 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.

§ 8 a 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 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 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 der AVB Teil I verlangen.

## D Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung** (zu § 8 b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8 b 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 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 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 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 Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

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

## F Sonstige Bestimmungen

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

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

Produktlinie **privat**

**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, Diphterie 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?**
Nein, die Kosten für eine ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

**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?**
Es werden 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages geleistet. Die Erstattung erhöht sich auf 100 %, sofern Ihnen das Hilfsmittel im gegenseitigen Einvernehmen von uns zur Verfügung gestellt wird oder die Kosten vorab von uns aufgrund eines Kostenvoranschlages zugesagt werden.

**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

*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.

1324703 .pdf Jan10 Seite 1 von 4

Sie auf ein vorhandenes Generikum zurückgreifen bzw. noch kein Generikum auf dem Markt zur Verfügung steht.

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.

**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 und Zahnprophylaxe?**
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Nummern 100-102 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.

**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 denersten 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 (leistungsfreies Kalenderjahr) - mit Ausnahme von Vorsorgeuntersuchungen einschließlich Zahnvorsorge und Schutzimpfungen - genommen, 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.



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

# Anhang

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

Gemäß Abschnitt B 6 der AVB Teil III zum Tarif START-PLUS haben diese keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus.

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 1 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 100 GOZ Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 101 GOZ Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 102 GOZ Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
oder alternativ
Ziffer 405 GOZ Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn



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

# Tarife KOMFORT1, 2, 3 Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

**KOMFORT**
Produktlinie **privat**

**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
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/ Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (sonst 75 % für Hilfsmittel über 500 EUR)
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 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 Krankenversicherung a. G. (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 1.1 bis 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 Material- und Laborkosten
2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.8 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 Ambulante Operationen

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/ Bestattung im Ausland

**C 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

**D Anpassungsvorschriften**

**E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten**
1 Versicherungsfähigkeit
2 Ende der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechung
5 Tarifbezeichnung

**F Sonstige Bestimmungen**

1326503 .pdf Jul11 Seite 1 von 6

**Fassung 07.2011**

## Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

**Die Tarife KOMFORT1, KOMFORT2 und KOMFORT3 gelten 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** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

**Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)**
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (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. Grippeimpfung, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

**1.3 Vorsorgeuntersuchungen**
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Vorsorgeuntersuchungen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie sie z. B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt sind.

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) und die Kosten für Sondennahrung, sofern 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 Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

**1.5 Höhe der tariflichen Leistung nach 1.1 bis 1.4**
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß 1.1 bis 1.3 und Verbandmittel gemäß 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.
- 75 %, wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt werden.

  Erreicht der zu 75 % erstattungsfähige Rechnungsbetrag insgesamt einen Betrag von 4.000 EUR, wird darüber hinaus zu 100 % erstattet.

  Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag, bis zu dem die Erstattung 75 % beträgt.

Für Arzneimittel gemäß 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, sofern auf vorhandene Generika (siehe folgende Erläuterung) zurückgegriffen wird.
- 75 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (dies gilt nicht für die Notfall- oder Unfallbehandlung - hier werden immer 100 % erstattet).

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, kann Ihnen Ihr Apotheker sagen.

**1.6 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 werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

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

Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:

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

**1.7 Sehhilfen**
Erstattungsfähig sind die Kosten 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. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

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 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.
Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**1.11 Behandlung durch Heilpraktiker**
Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen 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 Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

Heilpraktikerbehandlungen und - verordnungen werden zusammen zu 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im Kalenderjahr 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 GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**2.2 Zahnbehandlung**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen 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 bis zu den Höchstsätzen 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 bis zu den Höchstsätzen 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.

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 kieferchirugischen Leistungen - z. B. knochenaufbauende/-vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbertrag (RB) bis max. 1.250 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.500, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3 (70 - 90 %) = 875 - 1125 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 um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 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.

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

**2.6 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

**2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr**
Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 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 Begrenzung der tariflichen Leistungen auf Höchstleistungen entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

**2.8 Heil- und Kostenplan**
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 BPflV bzw. des KhEntG 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 BPflV bzw. des KhEntG für 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 Krankenhaustagegeld**
Die SIGNAL Krankenversicherung 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.

**3.4 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 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. versichert ist.

**3.6 Ambulante Operationen**
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus B 1 eine Vergütung von 200 EUR aus.

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

| |
|---|
| **480 EUR im Tarif KOMFORT1** |
| **960 EUR im Tarif KOMFORT2** |
| **2.400 EUR im Tarif KOMFORT3** |

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

Die Selbstbehalte gemäß Abschnitt 1.5 und 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, ermäßigt sich der Selbstbehalt 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 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 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 KOMFORT-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den KOMFORT-Tarifen in noch leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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.

§ 8 a 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 von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 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 der AVB Teil I verlangen.

## D Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)**
Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung

a. G. überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

## E 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 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 Sozialgesetzbuch (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, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a 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-KOMFORT1).

## F Sonstige Bestimmungen

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

## Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

**GOÄ:** Gebührenordnung für Ärzte

**GOZ:** Gebührenordnung für Zahnärzte

**GebüH 85:** Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

**KhEntG:** Krankenhausentgeltgesetz

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

**SGB V:** Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

**SGB XI:** Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

**BPflV:** Bundespflegesatzverordnung

## Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarif 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**
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Ambulante Operationen (B 3.6)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 5.1)

**B**
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

**C/D**
Chefarztbehandlung (s. wahlärztliche Leistung)

**E**
Einbettzimmer (B 3.2)
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Ergotherapie (B 1.8)

**F**
Fahrtkosten (B 3.4)

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 GOZ (B 2.5)
Höchstsätze GOÄ (A 1.1)
Hydrotherapie (B 1.8)

**I**
Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
Inhalationen (B 1.8)
Inlays (s. Einlagefüllungen)

**J**

**K**
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankenhaustagegeld (B 3.3)
Krankentransportkosten (B 3.4)

**L**
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

**M/N**
Massage (B 1.8)
Massagegeräte (B 1.8)
Material- und Laborkosten (B 2.6)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

**O**
Optionsrecht (C)

**P**
Psychotherapie (B 1.10)

**Q**

**R**
Regelleistungen (B 3.1)

**S**
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.8)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Sehhilfen (B 1.7)
Sehstärke (B 1.7)
Selbstbehalt (B 4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)

**T**
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

**U**
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)
Unfall (B 3.2)

**V**
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

**W**
Wahlleistungen (B 3.2)
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wartezeiten (A)

**X/Y**

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

# Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)KOMFORT

Produktlinie **privat**

**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.

**7. Sind die Kosten für eine ambulante Psychotherapie erstattungsfähig?**
Pro Kalenderjahr sind 30 Behandlungstage für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht 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.

*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.

1326703 .pdf Jan10 Seite 1 von 4

**9. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?**
Es werden 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages geleistet. Die Erstattung erhöht sich auf 100 %, sofern Ihnen das Hilfsmittel im gegenseitigen Einvernehmen von uns zur Verfügung gestellt wird oder die Kosten vorab von uns aufgrund eines Kostenvoranschlages zugesagt werden oder das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und von Ihnen selbst beschafft wird.

**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 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. der Arzt die Unverträglichkeit von Generika bescheinigt.

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.

**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 und Zahnprophylaxe?**
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Nummern 100-102 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;
- ebenso werden die Aufwendungen für zwei professionelle Zahnreinigungen (PZR) je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 60 EUR je PZR 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

**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
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



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

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 1 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 100 GOZ Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen
Ziffer 101 GOZ Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung
Ziffer 102 GOZ Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz
oder alternativ
Ziffer 405 GOZ Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn



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

# Tarife KOMFORT-PLUS1, 2, 3 Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

**KOMFORT-PLUS**
Produktlinie **privat**

**Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:**

Unter Berücksichtigung des jeweiligen tariflichen Selbstbehaltes werden erstattet für:

**Ambulante Behandlung**
100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (80 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/ Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (sonst 80 % für Hilfsmittel über 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 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; 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 Krankenversicherung a. G. (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 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 Material- und Laborkosten
2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.8 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
3.7 Ambulante Operationen

4 Selbstbehalt

5 Sonstige Leistungen
5.1 Krankentransport aus dem Ausland
5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

**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 des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

**E Anpassungsvorschriften**

**F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten**
1 Versicherungsfähigkeit
2 Ende der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechung
5 Tarifbezeichnung

**G Sonstige Bestimmungen**

1326603 .pdf Jul11 Seite 1 von 6

**Fassung 07.2011**

## Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

**Die Tarife KOMFORT-PLUS1, KOMFORT-PLUS2 und KOMFORT-PLUS3 gelten 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** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

**Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)**
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (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. Grippeimpfung, 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. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie 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.

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 Behandler 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.
- 80 %, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird (dies gilt nicht für die Notfall- oder Unfallbehandlung - hier werden immer 100 % erstattet).

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, kann Ihnen Ihr Apotheker sagen.

**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 werden einmal innerhalb von drei Kalenderjahren erstattet.

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

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

100 % hingegen beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages wenn:

- das medizinisch notwendige Hilfsmittel im Einvernehmen zwischen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 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. Als Heilmittel gelten ebenfalls die Kosten der Leistungen des Logopäden und Ergotherapeuten einschließlich Wegegebühren bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der geltenden GOÄ.

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 Unfall- und Notfalltransporte 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.
Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**1.10 Behandlung durch Heilpraktiker**
Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen 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 80 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

**1.11 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 GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**2.2 Zahnbehandlung**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen 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 bis zu den Höchstsätzen 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 bis zu den Höchstsätzen 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.

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 max. 1.250 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 2.4.3: (70 - 90 %) = 875 - 1125 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 um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 70 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 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.

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

**2.6 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

**2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr**
Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 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.

**2.8 Heil- und Kostenplan**
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 BPflV bzw. des KhEntG 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 BPflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

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 oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

**3.3 Krankenhaustagegeld**
Die SIGNAL Krankenversicherung 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 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Euro pro Stunde (max. 80 Euro 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 Komfort-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.

Ansonsten erfolgt eine Prüfung durch den Gesellschaftsarzt.

**3.7 Ambulante Operationen**
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation oder einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus B 1 eine Vergütung von 200 EUR aus.

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

| |
|---|
| **480 EUR im Tarif KOMFORT-PLUS1** |
| **960 EUR im Tarif KOMFORT-PLUS2** |
| **2.400 EUR im Tarif KOMFORT-PLUS3** |

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 B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß 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 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 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).

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

**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.

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.

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 der Bonusleistung hat die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie Zahnvorsorge und Schutzimpfungen.

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 einem der

KOMFORT-PLUS-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den KOMFORT-PLUS-Tarifen in noch leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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.

§ 8 a 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 von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 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 der AVB Teil I verlangen.

## E Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)**
Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

## F 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 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 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 34. Lebensjahres.

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

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a 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 KOMFORT-PLUS-Tarifen dürfen keine weiteren Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

## Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

**GOÄ:** Gebührenordnung für Ärzte

**GOZ:** Gebührenordnung für Zahnärzte

**GebüH 85:** Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

**KhEntG:** Krankenhausentgeltgesetz

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

**SGB V:** Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

**SGB XI:** Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

**BPflV:** Bundespflegesatzverordnung

## 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**
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Ambulante Operationen (B 3.7)
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
Generika (B 1.4)
Gesundheitsbonus (C)
Gnathologie (B 2.4.1)

**H**
Häusliche Behandlungspflege (B 1.11)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Hydrotherapie (B 1.7)

**I**
Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (s. Einlagefüllungen)

**J**

**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 2.6)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

**O**
Optionsrecht (D)

**P**
Psychotherapie (B 1.9)

**Q**

**R**
Regelleistungen (B 3.1)

**S**
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Schutzimpfungen (B 1.2)
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)
Unfall (B 3.2)

**V**
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

**W**
Wahlleistungen (B 3.2)
Wahlärztliche Leistung (B 3.2)
Wartezeiten (A)

**X/Y**

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

# Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)KOMFORT-PLUS

Produktlinie **privat**

**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 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 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 30 Behandlungstage für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht wird. Die Erstattung beträgt 80 % 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.

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?**
Es werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages geleistet. Die Erstattung erhöht sich auf 100 %, sofern Ihnen das Hilfsmittel im gegenseitigen Einvernehmen von uns zur Verfügung gestellt wird oder die Kosten vorab von uns aufgrund eines Kostenvoranschlages zugesagt werden oder das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und von Ihnen selbst beschafft wird.

1326803 .pdf Jan10 Seite 1 von 6

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

**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. der Arzt die Unverträglichkeit von Generika bescheinigt.

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.

**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 und Zahnprophylaxe?**
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlung und auch Zahnprophylaxe nach den Nummern 100-102 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;
- ebenso werden die Aufwendungen für zwei professionelle Zahnreinigungen (PZR) je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 60 EUR je PZR 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 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 und Schutzimpfungen - 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.



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

**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.



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

# Anhang

**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.

Gemäß Abschnitt B 4 und C 2 der AVB Teil III zum Tarif KOMFORT-PLUS haben diese keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus und finden keine Anrechnung auf den Selbstbehalt.

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 1 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



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

Alternativ erkennen wir ebenfalls an:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ziffer | 100 | GOZ | Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen |
| Ziffer | 101 | GOZ | Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung |
| Ziffer | 102 | GOZ | Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz |

oder alternativ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ziffer | 405 | GOZ | Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn |



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

# Tarife EXKLUSIV 0, 1, 2 Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

**EXKLUSIV**
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 % Arznei- und Verbandsmittelerstattung

100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/ Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (sonst 80 % für Hilfsmittel über 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 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 Krankenversicherung a. G. (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 Material- und Laborkosten
2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.8 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 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

**D Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit**

**E Anpassungsvorschriften**

**F Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten**
1 Versicherungsfähigkeit
2 Ende der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechung
5 Tarifbezeichnung

**G Sonstige Bestimmungen**



**Fassung 07.2011**

## 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 (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.**

**Teil I** Musterbedingungen MB/KK 2009
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

**Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)**
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (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. Grippeimpfung, 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 Behandler 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 Euro kosten, werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.

Hilfsmittel gleicher Art, welche über 500 Euro 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Regelhöchstsätzen 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 Unfall- und Notfalltransporte 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. Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen. Die Kosten sind für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr erstattungsfähig. Eine vorherige Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Erstattung beträgt 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**1.10 Behandlung durch Heilpraktiker**
Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen 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 80 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr erstattet.

**1.11 Ambulante Operationen**
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus 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 bis zu den Höchstsätzen der GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**2.2 Zahnbehandlung**
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen 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 bis zu den Höchstsätzen 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 bis zu den Höchstsätzen 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. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.7 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze unter Ziffer 2.7: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 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.

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 Erstattungssatz 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 GOZ bzw. GOÄ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätte.

**2.6 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

**2.7 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr**
Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 2.6 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.

**2.8 Heil- und Kostenplan**
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 BPflV bzw. des KhEntG 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 BPflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

**3.3 Krankenhaustagegeld**
Die SIGNAL Krankenversicherung 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, 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Euro pro Stunde (max. 80 Euro 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 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 nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach 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 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 B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß B 1.2.

**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 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-Tarife, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach den EXKLUSIV-Tarifen in noch leistungsstärkere Tarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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.

§ 8 a 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 von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 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 der AVB Teil I verlangen.

## D Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Wird die nach einem der EXKLUSIV-Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des § 15 Abs. 1 SGB XI und liegt kein Ruhen des Versicherungsschutzes im Sinne des § 193 Abs. 6 VVG vor, so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-Tarifen ab dem vierten Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sobald und solange für die versicherte Person die ärztliche Einstufung in die, der geltenden Regelung des SGB XI entsprechenden, Pflegestufe für Schwerstpflegebedürftige (Stand April 2009: ab Pflegestufe 3) erfolgt.

Pflegebedürftig nach der höchsten Pflegestufe im Sinne des SGB XI ist derjenige, der bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

## E Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)**
Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

## F 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 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 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 34. Lebensjahres.

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

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a 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-EXKLUSIV).

## G Sonstige Bestimmungen

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

## Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

**GOÄ:** Gebührenordnung für Ärzte

**GOZ:** Gebührenordnung für Zahnärzte

**GebüH 85:** Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

**KhEntG:** Krankenhausentgeltgesetz

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

**SGB V:** Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

**SGB XI:** Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

**BPflV:** Bundespflegesatzverordnung

## 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**
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
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**
Gnathologie (B 2.4.1)

**H**
Häusliche Behandlungspflege (B 1.12)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.5)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Hydrotherapie (B 1.7)

**I/J**
Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
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 2.6)
Medikamente (s. Arznei- und Verbandmittel)

**O**
Optionsrecht (C)

**P/Q**
Psychotherapie (B 1.9)
Pflegebedürftigkeit (D)

**R**
Regelleistungen (B 3.1)

**S**
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Schutzimpfungen (B 1.2)
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 (C 6)

**V**
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

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

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

# Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)EXKLUSIV

Produktlinie **privat**

**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 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 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 30 Behandlungstage für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht wird. Die Erstattung beträgt 80 % 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.

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?**
Es werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages geleistet. Die Erstattung erhöht sich auf 100 %, sofern Ihnen das Hilfsmittel im gegenseitigen Einvernehmen von uns zur Verfügung gestellt wird oder die Kosten vorab von uns aufgrund eines Kostenvoranschlages zugesagt werden oder das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und von Ihnen selbst beschafft wird. Hilfsmittel, die bis einschließlich 500 EUR kosten, werden einmal kalenderjährlich erstattet, alle Hilfsmittel über 500 EUR alle drei Jahre.

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

1334103.pdf Jan10 Seite 1 von 5

**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 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 Nummern 100-102 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;
- ebenso werden die Aufwendungen für zwei professionelle Zahnreinigungen (PZR) je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 60 EUR je PZR 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.



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

# Anhang

**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.

Gemäß Abschnitt B 4 der AVB Teil III zum Tarif EXKLUSIV finden diese keine Anrechnung auf den Selbstbehalt.

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 1 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



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

Alternativ erkennen wir ebenfalls an:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ziffer | 100 | GOZ | Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen |
| Ziffer | 101 | GOZ | Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung |
| Ziffer | 102 | GOZ | Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz |

oder alternativ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ziffer | 405 | GOZ | Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn |



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

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

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

**EXKLUSIV-PLUS**

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 % Arznei- und Verbandsmittelerstattung

100 % Hilfsmittel bei Vermittlung/Vorabprüfung durch SIGNAL Krankenversicherung (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 Krankenversicherung a. G. (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 für den Gesundheitsbonus
1.2 Höhe des Gesundheitsbonus
2 Verhaltensbonus
2.1 Voraussetzung für den Verhaltensbonus
2.2 Höhe des Verhaltensbonus

**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 Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit**

**F Anpassungsvorschriften**

**G Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten**
1 Versicherungsfähigkeit
2 Ende der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Beitragsberechung
5 Tarifbezeichnung

**H Sonstige Bestimmungen**


1329402 .pdf Jul11 Seite 1 von 7

**Fassung 07.2011**

## 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 (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.**

**Teil I** Musterbedingungen MB/KK 2009
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

**Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)**
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (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. Grippeimpfung, 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 Behandler 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. und dem Versicherungsnehmer von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. zur Verfügung gestellt wird oder
- das Hilfsmittel aufgrund der Vorlage eines Kostenvoranschlags von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Regelhöchstsätzen 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 Unfall- und Notfalltransporte 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zu der Behandlung ist nicht erforderlich.

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**1.10 Behandlung durch Heilpraktiker**
Erstattungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen 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 bzw. einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, zahlt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. zusätzlich zu erstattungsfähigen Leistungen aus 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 Nrn. 100-102 GOZ (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung).

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. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.250 EUR berücksichtigt und entsprechend der nachfolgend dargestellten Prozentsätze unter Berücksichtigung der unter Ziffer 2.6 dargestellten Höchstsätze erstattet (Beispiel ohne Berücksichtigung der Höchstsätze unter Ziffer 2.6: RB = 1.500 EUR, anerkannter RB = 1.250 EUR, Erstattungsprozentsatz siehe im Folgenden 2.4.2 und 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.

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 Erstattungssatz 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 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. auf Anfrage mit.

**2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr**
Für die Leistungen nach Nr. 2.1 bis 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 BPflV bzw. des KhEntG 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 BPflV bzw. des KhEntG für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden GOÄ.

**3.3 Krankenhaustagegeld**
Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Euro pro Stunde (max. 80 Euro 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 nach B 1 und stationäre Heilbehandlung nach 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 B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, für die Kosten von Schutzimpfungen gemäß B 1.2 sowie für die Kosten der Untersuchungen zur Erlangung des Verhaltensbonus (C2).

**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 für den Gesundheitsbonus**
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 die Leistungen der Versicherung im abgelaufenen Kalenderjahr ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch war.

Die Auszahlung des Gesundheitsbonus hat keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a) Teil II SIGNAL Tarifbedingungen.

**1.2 Höhe des Gesundheitsbonus**
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 (vgl. 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 C 2, die Erstattung der Kosten der Vorsorgeleistungen gemäß B 1.3 zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, Schutzimpfungen gemäß 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person im abgelaufenen Kalenderjahr honoriert, sofern in diesem Zusammenhang jährlich vier der unter C 2.1 genannten fünf Untersuchungen durchgeführt werden, die Ergebniswerte (BMI, Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin) im Normbereich liegen und der schriftliche Nachweis durch entsprechende Bestätigung/ Bescheinigung der die Untersuchung durchführenden Stelle erfolgt.

**2.1 Voraussetzung für den Verhaltensbonus**
Die jährliche Auszahlung des Verhaltensbonus für das abgelaufene Kalenderjahr kann durch die versicherte Person ab dem Folgejahr beantragt werden. Ein entsprechendes Antragsformular wird durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 die Leistungen der Versicherung im abgelaufenen Kalenderjahr nicht ruhten gemäß § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) oder keine Hilfebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne des

Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit gemäß Abschnitt E vorlag.

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 Apothekers/in 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. 6 a) Teil II SIGNAL Tarifbedingungen und die Auszahlung des Gesundheitsbonus gemäß C 1.

**2.2 Höhe des Verhaltensbonus**
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 (vgl. 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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.

§ 8 a 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 von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 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 der AVB Teil I verlangen.

## E Beitragsbefreiung bei Pflegebedürftigkeit

Wird die nach einem der EXKLUSIV-PLUS-Tarife versicherte Person pflegebedürftig im Sinne des § 15 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) und liegt kein Ruhen des Versicherungsschutzes im Sinne des § 193 Abs. 6 VVG (siehe Anhang) vor, so entfällt die Pflicht zur Beitragszahlung in den EXKLUSIV-PLUS-Tarifen ab dem vierten Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, sobald und solange für die versicherte Person die ärztliche Einstufung in die, der geltenden Regelung des SGB XI entsprechenden, Pflegestufe für Schwerstpflegebedürftige (Stand April 2009: ab Pflegestufe 3) erfolgt.

Pflegebedürftig nach der genannten Pflegestufe im Sinne des SGB XI ist derjenige, der bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

## F Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)**
Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 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 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 34. Lebensjahres.

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

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a 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 Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer fortbestehen oder neu abgeschlossen werden.

## Abkürzungsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil III)

**GOÄ:** Gebührenordnung für Ärzte

**GOZ:** Gebührenordnung für Zahnärzte

**GebüH 85:** Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

**KhEntG:** Krankenhausentgeltgesetz

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

**SGB V:** Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

**SGB XI:** Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

**BPflV:** Bundespflegesatzverordnung

## 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**
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
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**
Gnathologie (B 2.4.1)
Gesundheitsbonus (C 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**
Implantologie (B 2.4.1)
Impfstoff (B 1.2)
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**
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Schutzimpfungen (B 1.2)
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**
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)
Verhaltensbonus (C 2)

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

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

# Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)EXKLUSIV-PLUS

Produktlinie **privat**

**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.

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.

**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 30 Behandlungstage für Psychotherapie bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig, sofern sie von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht wird. 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.

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?**
Es werden 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages geleistet. Die Erstattung erhöht sich auf 100 %, sofern Ihnen das Hilfsmittel im gegenseitigen Einvernehmen von uns zur Verfügung gestellt wird oder die Kosten vorab von uns aufgrund eines Kostenvoranschlages zugesagt werden oder das Hilfsmittel nicht mehr als 500 EUR kostet und von Ihnen selbst beschafft wird. Hilfsmittel, die bis einschließlich 500 EUR kosten, werden einmal kalenderjährlich erstattet, alle Hilfsmittel über 500 EUR alle drei Jahre.

1329502 .pdf Jan10 Seite 1 von 7

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

**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 Nummern 100-102 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;
- ebenso werden die Aufwendungen für zwei professionelle Zahnreinigungen (PZR) je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 60 EUR je PZR 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-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 und Schutzimpfungen 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.



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

**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.

| 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).



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

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.

# Anhang

**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.

Gemäß Abschnitt C 1.2 der AVB Teil III zum Tarif EXKLUSIV-PLUS haben diese keinen Einfluss auf die Zahlung des Gesundheitsbonus und finden keine Anrechnung auf den Selbstbehalt.

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 1 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 | 100 | GOZ | Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen |
| Ziffer | 101 | GOZ | Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung |
| Ziffer | 102 | GOZ | Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz |

oder alternativ

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ziffer | 405 | GOZ | Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn |



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

SIGNAL 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:<br>(Body Mass Index) | 2. Blutdruckwert: | |
| 3. Blutzucker, nüchtern:<br>(in mg/dl oder mmol/l) | 4. Gesamtcholesterin<br>(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:<br>(Body Mass Index) | 2. Blutdruckwert: | |
| 3. Blutzucker, nüchtern:<br>(in mg/dl oder mmol/l) | 4. Gesamtcholesterin<br>(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 | **U8** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt | **U9** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt |
| **J1** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt | Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich:<br>Wert des **BMI** (Body Mass Index): | Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich:<br>**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 | **U8** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt | **U9** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt |
| **J1** Datum, Stempel/Unterschrift Arzt | Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich:<br>Wert des **BMI** (Body Mass Index): | Ab dem 65. Lebensmonat einmal jährlich:<br>**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 _____ bei _____ BLZ _____
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)

1335101.pdf Okt09 Seite 2 von 2

# Teil III Tarif VO Krankheitskostentarif für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung VO

**Der Tarif VO 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** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

**1 Versicherungsfähigkeit** (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, die ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost (Beitrittsgebiet) haben.
1.2 Eine Verlegung des ständigen Wohnsitzes aus den neuen Bundesländern und Berlin-Ost ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten schriftlich anzuzeigen.

**2 Wechsel in andere Krankheitskostentarife bei Entfall der Versicherungsfähigkeit**
Innerhalb von zwei Monaten nach Entfall der Versicherungsfähigkeit haben die versicherten Personen das Recht, ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in andere für den Neuzugang geöffnete Krankheitskostentarife mit vergleichbaren Leistungen umstellen zu lassen. Ambulante und Zahntarife gelten als vergleichbar, wenn sie einen Selbstbehalt vorsehen. Im stationären Bereich gelten nur Tarife als vergleichbar, die die Regelleistung und nicht die Wahlleistung abdecken. Dabei werden die bereits erworbenen Rechte ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit angerechnet. Erfolgt kein Antrag auf Umstellung durch den Versicherungsnehmer, wird die Versicherung zu den gleichen Bedingungen nach Tarif KS1 weitergeführt. § 15 (3) Teil I und § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) bleiben von dieser Regelung unberührt.

**3 Wartezeiten** (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen des Versicherers

**1 Leistungsumfang** (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
Der Erstattungsprozentsatz beträgt für

**1.1 Ambulante Heilbehandlung einschließlich Wegegebühren gemäß 2.1**
100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bei einer Behandlung in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost.
80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bei einer Behandlung in den alten Bundesländern einschließlich Berlin-West oder im Ausland.
Der Erstattungsprozentsatz von 80 % erhöht sich auf 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt.

1.1.1 Bei Rechnungen von Not- und Bereitschaftsärzten muss ersichtlich sein, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

1.1.2 Die Erstbehandlung und Überweisung an einen Facharzt hat durch den Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist), einen Facharzt für Kinderheilkunde, Gynäkologie oder Augenheilkunde oder einen Not- oder Bereitschaftsarzt zu erfolgen. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, reduziert sich die Erstattung der Leistungen gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

1.1.3 Der Hausarzt ist dem Versicherer bei der ersten Inanspruchnahme von Leistungen zu benennen. Auch ein Wechsel des Hausarztes ist anzuzeigen.

**1.2 Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gemäß 2.1.10 bis 2.1.12**
1.2.1 Die Erstattung beträgt 85 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu einer Selbstbeteiligung von insgesamt 195 EUR je Kalenderjahr, darüber hinaus 100 %.

1.2.2 Beim Bezug von Arzneimitteln ist auf soweit vorhandene Generika (siehe Abschnitt 2.1.10) zurückzugreifen und alle Heilmittel-Anwendungen sind im Rahmen des beigefügten tariflichen Heilmittelverzeichnisses zu berechnen. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, reduziert sich die Erstattung der Leistungen gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

**1.3 Ambulante Transportkosten gemäß 2.1.13**
100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

**1.4 Zahnärztliche Behandlung gemäß 2.2**
1.4.1 Zahnbehandlung
100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost.

80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnbehandlungen in den alten Bundesländern und Berlin-West oder im Ausland.
Der Erstattungsprozentsatz von 80 % erhöht sich auf 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt.

1.4.2 Zahn- und Kieferregulierung
80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahn- und Kieferregulierungen.

20 % zusätzlich nach erfolgreichem Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden oder losen Apparaturen und wenn die gesamte Behandlung in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost durchgeführt wurde.
Für den Erhalt der Leistungen hat die versicherte Person die Gesamtrechnung sowie die ärztliche Bescheinigung über den erfolgreichen Abschluss einzureichen.

1.4.3. Zahnersatz
1.4.3.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost
70 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Behandlungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost.

1.4.3.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 50 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde.
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 70 %, 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 Rechnung oder Bestätigung des Zahnarztes zu führen.

1.4.3.3 50 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Behandlungen in den alten Bundesländern einschließlich Berlin-West oder im Ausland.

1.4.4 Ab dem zweiten Kalenderjahr ist regelmäßig (mind. 1x jährlich) eine Zahnkontrolluntersuchung durchzuführen. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, reduziert sich außerdem die Erstattung für zahnärztliche Leistungen gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

**1.5 Stationäre Heilbehandlung und Transportkosten gemäß 2.3**
1.5.1 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost.
80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für die Inanspruchnahme von allgemeinen Krankenhausleistungen in den alten Bundesländern einschließlich Berlin-West oder im Ausland.

1.5.2 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für stationäre Transportkosten innerhalb der neuen Bundesländer einschließlich Berlin-Ost.
80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für stationäre Transportkosten in die bzw. innerhalb der alten Bundesländer einschließlich Berlin-West und im Ausland.

1.5.3 Der Erstattungsprozentsatz von 80 % gemäß 1.5.1 und 1.5.2 erhöht sich auf 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt. Der Erstattungssatz erhöht sich auch dann auf 100 %, wenn die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus der neuen Bundesländer einschließlich Berlin-Ost nicht möglich ist und der Versicherer diese vorab zugesagt hat.

1323806.pdf Jan12 Seite 1 von 4

1.5.4 Es ist ein Krankenhaus in Anspruch zu nehmen, das im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntgG) abrechnet und einen öffentlichen Versorgungsvertrag gem. § 109 Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) abgeschlossen hat. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, reduziert sich die Erstattung der Leistungen aus 1.5.1 gemäß der Regelung in Abschnitt 1.6.

**1.6 Förderung von kostenbewusstem Verhalten**
Die in den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.4 und 1.5 genannten Voraussetzungen sollen das kostenbewusste Verhalten der versicherten Person fördern. Sofern diese Voraussetzungen erfüllt werden, erfolgt die Erstattung der tariflichen Leistungen in Höhe des versicherten Prozentsatzes. Werden diese nicht erfüllt, beteiligt sich die versicherte Person an den Kosten, indem die tariflichen Leistungen um insgesamt bis zu 1.000 EUR je Kalenderjahr gemindert werden.

Die Kostenbeteiligung ist ausschließlich auf Rechnungen beschränkt, für die die Voraussetzungen erfüllt sein müssen, aber nicht eingehalten werden.

Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich die maximale Kostenbeteiligung.
Beginnt die Versicherung während des 2. Quartals, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr die maximale Kostenbeteiligung um ein Viertel, bei Beginn im 3. oder 4. Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

**2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)**
2.1 Ambulante Heilbehandlung
2.1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen 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.

2.1.2 Leistungen des Heilpraktikers
Die Aufwendungen der Behandlung durch einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

2.1.3 Psychotherapeutische Behandlungen
Für Psychotherapie werden Leistungen für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr gezahlt. 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 Jugendpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen.

2.1.4 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-Encephalitis.

2.1.5 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 "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.

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

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

2.1.8 Leistungen des Logopäden
Leistungen des Logopäden werden bis zu den Regelhöchstsätzen der entsprechenden Leistungsziffern der GOÄ erstattet.

2.1.9 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).

2.1.10 Medikamente und Verbandmittel
Erstattet werden alle vom Arzt verordneten und wissenschaftlich allgemein anerkannten Medikamente und Verbandmittel, die in einer Apotheke bezogen werden. Dazu zählen 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.

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.

Erläuterung zu Generika
Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und in der Regel preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

2.1.11 Physikalisch-medizinische Leistungen
Erstattungsfähig sind physikalisch-medizinische Leistungen nach dem Heilmittelverzeichnis des Tarifes VO, auch wenn sie durch Angehörige staatlich anerkannter Heilberufe durchgeführt werden. Die Kosten für Podologie sind ebenfalls erstattungsfähig.

2.1.12 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 die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Kosten von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z.B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen). Wurde keine vorherige Leistungszusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Rechnungsbetrag von 160 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.

2.1.13 Ambulante Transportkosten
Die 10 EUR übersteigenden Kosten für medizinisch notwendigen Notfall- und Unfalltransport sowie die 10 EUR übersteigenden Fahrtkosten bei Strahlentherapie und Dialyse werden erstattet. Für die Höhe der Erstattung ist jeweils die Entfernung zum nächsterreichbaren zuständigen Heilbehandler maßgeblich.

**2.2 Zahnärztliche Behandlung**
2.2.1 Zahnbehandlung
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe.

2.2.2 Zahn- und Kieferregulierung
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für kieferorthopädische Behandlungen. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

2.2.3 Zahnersatz
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnersatz. Hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen einschließlich Reparaturen sowie Kosten für Implantologie und Gnathologie. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Keramikverblendungen.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf maximal vier 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 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (70 %) = 700 EUR).

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

2.2.5 Die Erstattung von Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erfolgt ausschließlich nach dem jeweils gültigen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL).

2.2.6 Die tariflichen Leistungen gemäß 2.2.1 bis 2.2.5 sind im ersten Versicherungsjahr nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht auf 500 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 1.000 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 1.500 EUR, im vierten Versicherungsjahr auf 2.000 EUR begrenzt. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Versicherungsjahre 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 vier Versicherungsjahren erlassen werden, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

2.2.7 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.

**2.3 Stationäre Heilbehandlung und Transportkosten**
2.3.1 Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

2.3.2 Erstattet werden die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG. Auch erstattet werden gesondert berechenbare Kosten durch Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen. Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. - entbindungspflegern.

2.3.3 Nicht erstattet werden die Kosten für Wahlleistungen im Sinne der BPflV bzw. KHEntG.

2.3.4 Stationäre Transportkosten
Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung die 10 EUR übersteigenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus auch aus dem Ausland (Auslandsrücktransport).

2.3.5 Bestattungskosten - Überführungskosten
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 VO 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 ist.

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.
§ 8 a (3) Teil I 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 zum Ablauf des Optionsrechtes 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 (6) Teil I verlangen.

## D Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung** (zu § 8 b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8 b 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

- 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 Die Versicherungsfähigkeit erlischt:

- mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung 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 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 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 § 8 a (2) Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

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

## F Obliegenheit

Neben dem Tarif VO darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teil- oder Vollversicherung bestehen oder abgeschlossen werden; auch nicht bei einem anderen Versicherungsunternehmen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb von einem Monat nach Bekanntwerden Gebrauch macht.

# Heilmittelverzeichnis zum Tarif VO

| | Leistung | erstattungsfähiger Höchstbetrag EUR |
|---|---|---|
| | **I. Inhalationen** | |
| 001 | Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation | 6,70 |
| | **II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen** | |
| 002 | Krankengymnastische Behandlung, (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, - einschl. der erforderlichen Massage - | 19,50 |
| 003 | Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 23,10 |
| 004 | 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 |
| 005 | Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer | 6,20 |
| 006 | Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 10,80 |
| 007 | Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 10,80 |
| 007a | Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 34,30 |
| 008 | Bewegungsübungen | 7,70 |
| 009 | Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Nachruhe - | 23,60 |
| 010 | Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschl. der erforderlichen Nachruhe - | 11,80 |
| 011 | Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 22,50 |
| 012 | Chirogymnastik - einschl. der erforderlichen Nachruhe - | 14,40 |
| 013 | Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag | 81,90 |
| 015 | Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschlinge) | 5,20 |
| 016 | Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Peri'sches Gerät, Schlingentisch) | 6,70 |
| | **III. Massagen** | |
| 017 | Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) | 13,80 |
| 018 | Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder | |
| | a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten | 19,50 |
| | b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten | 29,20 |
| | c) Kompressionsbandagierung einer Extremität | 8,70 |
| 019 | 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** | |
| 020 | Heiße Rolle - einschl. der erforderlichen Nachruhe - | 10,30 |
| 021 | Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschl. der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) | 11,80 |
| 022 | An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschl. der erforderlichen Nachruhe - | 12,30 |
| 023 | Wechsel-Teilbad - einschl. der erforderlichen Nachruhe - | 9,20 |
| 025 | 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) Weitere Zusätze, je Zusatz | 3,10 |
| 026 | 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 |
| | **V. Kälte- und Wärmebehandlung** | |
| 027 | Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) | 9,80 |
| 027a | Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) | 6,70 |
| 028 | Eisteilbad | 9,80 |
| 029 | Heißluftbehandlung oder Wärmebehandlung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile | 5,70 |
| | **VI. Elektrotherapie** | |
| 030 | Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese | 6,20 |
| 031 | Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen) | 6,20 |
| 032 | Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation) | 6,20 |
| 033 | Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen | 11,80 |
| 034 | Iontophorese | 6,20 |
| 035 | Zwei- oder Vierzellenbad | 11,30 |
| 036 | Hydroelektronisches Vollbad (z.B. Stangerbad) auch mit Zusatz - einschl. der erforderlichen Nachruhe - | 22,00 |
| | **VII. Lichttherapie** | |
| 037 | Behandlung mit Ultraviolettlicht | |
| | a) als Einzelbehandlung | 3,10 |
| | b) in einer Gruppe, je Teilnehmer | 2,60 |
| 038 | a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht | 3,10 |
| | b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht | 5,20 |
| 039 | Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes | 6,20 |
| 040 | Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder | 8,70 |
| | **VIII. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)** | |
| 041 | Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | 31,70 |
| 042 | 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 |
| 043 | Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 31,70 |
| 044 | Gruppenbehandlung | |
| | a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 14,40 |
| | b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer | 28,70 |

1323806.pdf Jan12 Seite 4 von 4

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

# Die wichtigsten Informationen zum Krankheitskostentarif (R-)VO

**Der Tarif (R-)VO bietet im Krankheitsfall eine Grundabsicherung für Personen, die ihren Wohnsitz in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin-Ost (Beitrittsgebiet) haben. Die Verlegung des ständigen Wohnsitzes aus den neuen Bundesländern und Berlin-Ost ist uns innerhalb von zwei Monaten schriftlich anzuzeigen. Sie haben dann das Recht, Ihre Versicherung innerhalb von zwei Monaten ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in andere für den Neuzugang geöffnete Krankheitskostentarife mit vergleichbaren Leistungen umzustellen. Nehmen Sie dieses Recht nicht wahr, wird die Versicherung nach Tarif KS1 weitergeführt.**

**Der Tarif (R-)VO wurde für Kunden entwickelt, die kostenbewusst denken und einen preisgünstigen Versicherungsschutz wünschen. Wenn Sie später in leistungsstärkere Tarife umstellen wollen, so ist dies im Rahmen des Optionsrechts ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten möglich.**

**Der Tarif sieht die Förderung von kostenbewusstem Verhalten in den Bereichen Arztwahl, Arznei- und Heilmittel, zahnärztliche Vorsorge sowie Krankenhauswahl vor. Sofern die im Tarif genannten Voraussetzungen erfüllt werden, erfolgt die Erstattung der tariflichen Leistungen in Höhe des versicherten Prozentsatzes. Werden diese nicht erfüllt, beteiligt sich die versicherte Person an den Kosten, indem die tariflichen Leistungen um insgesamt bis zu 1.000 EUR je Kalenderjahr gemindert werden.**

**Damit Sie jedoch genau wissen, was Ihre Krankenversicherung nach (R-)VO leistet, möchten wir Ihnen hiermit detailliert die Leistungen unseres Tarifs (R-)VO aufzeigen.**

## 1 Ambulante Behandlung

Die SIGNAL übernimmt 100 % bzw. 80 % der erstattungsfähigen Kosten ausschließlich für

- ärztliche Heilbehandlung einschl. Wegegebühren bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- gezielte Vorsorgeuntersuchung nach gesetzlich eingeführten Programmen
- staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie Grippe-Schutz-Impfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis-B und Zeckenbiss-Encephalitis
- die bei einer ambulanten Entbindung oder Hausentbindung für Krankheiten vorgesehenen Leistungen sowie die Hebammenkosten
- Psychotherapie durch Ärzte und Psychotherapeuten bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr
- teilstationäre Dialysebehandlungen sowie die Sachkosten für Heimdialyse
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Logopäden bis zu den Regelsätzen der GOÄ
- häusliche Behandlungspflege
- 10 EUR übersteigende Kosten für Notfall- und Unfalltransport und Fahrtkosten bei Strahlentherapie sowie Dialyse

Bei einer Behandlung in den neuen Bundesländern einschl. Berlin-Ost beträgt die Erstattung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Bei Behandlungen in den alten Bundesländern einschl. Berlin-West oder im Ausland beträgt die Erstattung 80 %.

Der Erstattungsprozentsatz beträgt immer 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt.

**Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel**
Die SIGNAL übernimmt 85 % bzw. 100 % der erstattungsfähigen Kosten für

- Medikamente und Verbandmittel
- physikalisch-medizinische Leistungen
- folgende Hilfsmittel
  - Arm- und Beinprothesen
  - Einlagen oder maßgefertigte orthopädische Schuhe
  - Gummistrümpfe
  - Hörgeräte
  - Sprechhilfen
  - Kunstaugen
  - Schienenapparate
  - handbetriebener Krankenfahrstuhl
  - Umstandsleibbinden
  - Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 160 EUR erstattungsfähig.

  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.

Wird der erstattungsfähige Rechnungsbetrag von insgesamt 1.300 EUR im laufenden Kalenderjahr überschritten, erhöht sich der Erstattungssatz von 85 % auf 100 %.

## 2 Zahnärztliche Behandlung

**Zahnbehandlung**
Die SIGNAL übernimmt 100 % bzw. 80 % der erstattungsfähigen Kosten bis zum Höchstsatz der GOZ für

- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, sowie Mundbehandlung, Parodontose, Wurzelspitzenresektionen und ähnlichen kleinen Eingriffen.

Bei einer Behandlung in den neuen Bundesländern einschl. Berlin-Ost beträgt die Erstattung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Bei Behandlungen in den alten Bundesländern einschl. Berlin-West oder im Ausland beträgt die Erstattung 80 %. Der Erstattungsprozentsatz beträgt immer 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt.

**Zahn- und Kieferregulierung**
Die SIGNAL übernimmt 80 % der Kosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ für

- Zahn- und Kieferregulierung, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wird.

20 % zusätzlich nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung und wenn die gesamte Behandlung in den neuen Bundesländern einschl. Berlin-Ost durchgeführt wurde.

**Zahnersatz**
Die SIGNAL übernimmt im 1. und 2. Kalenderjahr 70 % der erstattungsfähigen Kosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ/GOZ für

- Zahnersatz (auch Einzelkronen und Einlagefüllungen)
- implantologische Leistungen, begrenzt auf max. 4 Implantate pro Kiefer einschl. vorhandener Implantate. Pro Implantat wird ein Rechnungsbetrag bis max. 1.000 EUR anerkannt.



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

Ab dem 3. Kalenderjahr sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 50 %, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Der Prozentsatz erhöht sich jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte auf maximal 70 %, wenn wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand.

Werden die Zahnersatzleistungen nicht in den neuen Bundesländern einschl. Berlin-Ost erbracht, reduzieren sich die Leistungen für Zahnersatz auf 50 %.

**Heil- und Kostenplan**
Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

**Material- und Laborkosten**
Die Erstattung von Material- und Laborkosten bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erfolgt ausschließlich nach dem jeweils gültigen Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (BEL).

**Höchstleistungen für die zahnärztliche Leistungen**
Es gelten folgende Höchstleistungen:

- 500 EUR im 1. Versicherungsjahr
- 1.000 EUR im 2. Versicherungsjahr
- 1.500 EUR im 3. Versicherungsjahr
- 2.000 EUR im 4. Versicherungsjahr
- ab dem 5. Versicherungsjahr ohne tarifliche Höchstleistung

Für unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen gelten die Höchstleistungen nicht.

## 3 Stationäre Heilbehandlung und Transportkosten

Die SIGNAL übernimmt 100 % bzw. 80 % der erstattungsfähigen Kosten ausschließlich für

- stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus für allgemeine Krankenhausleistungen
- Belegärzte im allgemeinen belegärztlichen Rahmen, soweit sie zu allgemeinen Krankenhausleistungen zählen
- die 10 EUR übersteigenden Aufwendungen für medizinisch notwendig Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus auch aus dem Ausland
- die 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.

Bei einer Behandlung in den neuen Bundesländern einschl. Berlin-Ost beträgt die Erstattung 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Bei Behandlungen in den alten Bundesländern einschl. Berlin-West oder im Ausland beträgt die Erstattung 80 %. Der Erstattungsprozentsatz beträgt immer 100 %, wenn es sich um eine Unfall- bzw. Notfallbehandlung handelt.

**Nicht erstattet werden die Kosten für**

- stationäre Wahlleistungen
- stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

## 4 Förderung von kostenbewusstem Verhalten

Die folgenden Voraussetzungen sollen das kostenbewusste Verhalten der versicherten Person fördern:

- Die Erstbehandlung und Überweisung hat durch einen Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist), einen Kinderarzt, Gynäkologen, Augenarzt oder Not-/Bereitschaftsarzt zu erfolgen.
- Beim Bezug von Arzneimitteln ist auf soweit vorhandene Generika zurückzugreifen. Generika sind Arzneimittel, die einem bereits auf dem Markt befindlichen, als Markenzeichen eingetragenen Präparat in der Zusammensetzung gleichen und i.d.R. preiswerter angeboten werden. Wie alle anderen Arzneimittel auch, werden Generika vor ihrer Zulassung nach strengen Kriterien untersucht und geprüft.

  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.
- Alle Heilmittel-Anwendungen sind im Rahmen des tariflichen Heilmittelverzeichnisses zu berechnen.
- Regelmäßige (mind. 1 x jährlich) Zahnkontrolluntersuchung
- Es ist ein Krankenhaus in Anspruch zu nehmen, das im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntgG) abrechnet und einen öffentlichen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Sofern diese Voraussetzungen erfüllt werden, erfolgt die Erstattung der tariflichen Leistungen in Höhe des versicherten Prozentsatzes. Werden diese nicht erfüllt, beteiligt sich die versicherte Person an den Kosten, indem die tariflichen Leistungen um insgesamt bis zu 1.000 EUR je Kalenderjahr gemindert werden.

Die Kostenbeteiligung ist ausschließlich auf Rechnungen beschränkt, für die die Voraussetzungen erfüllt sein müssen, aber nicht eingehalten werden.

## 5 Optionsrecht

Sie haben das Recht, nach Ablauf der Optionsdauer von 60 Monaten den bestehenden Krankenversicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch in höherwertige Tarife zur Krankheitskostenvollversicherung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung umzustellen. Die Voraussetzung ist, dass Sie Ihre Versicherung nach Tarif VO bis zu einem Eintrittsalter von 34 Jahren begonnen haben und die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in die beantragten Tarife gegeben ist.

# Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Absatz 5 Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

**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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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.

1324102 .pdf Jul11

**Fassung 07.2011**

# Besondere Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB) Modifizierte Beitragszahlung peB

**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** SIGNAL Tarifbedingungen

## 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 2a SGB V oder Basisversicherungsschutz im Sinne des § 12 Abs. 1a VAG.
Ein Antrag kann frühestens nach Vollendung des 20. Lebensjahres und spätestens vor Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person gestellt werden.

## B Leistungsumfang

**1 Gegenstand der Vereinbarung**
Ab dem vereinbarten Beginn gemäß B 2 reduziert sich der monatliche Beitrag der versicherten Person in vereinbarter Höhe gemäß 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 Bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres kann auf Antrag des Versicherungsnehmers die Verlegung des Beginns innerhalb der in B 2.1 geregelten Altersgrenzen erfolgen. Die Höhe des dann zu zahlenden Beitrags ermittelt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 maximale Beitragsentlastung darf jedoch 100 % des jeweils zu zahlenden Gesamtbeitrags für die Grundtarife (ohne den gesetzlichen Vorsorgezuschlag) der versicherten Person nicht übersteigen. Dies gilt auch bei Vertragsänderungen.

**4 Änderung des Entlastungsbetrages**
4.1 Individuelle Änderung
Der Versicherungsnehmer kann unter Beachtung der zulässigen Mindest- und Maximalhöhe gemäß B 3 eine Erhöhung oder Verringerung des Entlastungsbetrages für jede versicherte Person bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres ohne Gesundheitsprüfung beantragen.

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 2015 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 B 3 noch nicht erreicht ist.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten 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. Die individuellen Änderungsmöglichkeiten gemäß 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 Nach einer jeweils fünfjährigen, ununterbrochenen Beitragszahlungsdauer kann auf Antrag des Versicherungsnehmers eine Beitragsfreistellung für höchstens drei Jahre erfolgen.

Danach lebt die Beitragspflicht wieder auf. Die Höhe des dann zu zahlenden Beitrags ermittelt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. entsprechend den gültigen technischen Berechnungsgrundlagen. Dieser Antrag kann spätestens in dem Jahr gestellt werden, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

2.2 Wird für die Grundtarife eine Anwartschaftsversicherung vereinbart, erfolgt unter Beachtung der Fristen gemäß C 2.1 für diesen Zeitraum eine Beitragsfreistellung für die Besonderen Bedingungen. Alternativ können die Besonderen Bedingungen unverändert fortgeführt werden. Die Höchstgrenze gemäß B 3 gilt für den Gesamtbeitrag, der ohne Anwartschaftsversicherung zu zahlen wäre. Eine Anwartschaftsversicherung kann für die private Beitragsentlastung nicht abgeschlossen werden.

1302401.pdf Jan12 Seite 1 von 2

**Fassung 01.2012**

2.3 Werden für die Grundtarife Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten vereinbart, erfolgt für die Dauer der Sonderbedingungen eine Beitragsfreistellung. Die in C 2.1 geregelten zeitlichen Beschränkungen gelten hierbei nicht.

**3 Beitragsanpassung**
Werden auf Grundlage des § 8 b 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. weiterbestehende Krankheitskostenversicherung angerechnet.

Sofern keine Krankheitskostenversicherung bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. fortgeführt wird, verfällt die für den Entlastungsbetrag gebildete Rückstellung zu Gunsten der Versichertengemeinschaft.

3 Besteht bei Beendigung der Grundtarife ein Anrecht auf einen Übertragungswert im Sinne von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG, so wird abweichend zu D 2 die bezüglich der Vereinbarung zur privaten Beitragsentlastung gebildete Rückstellung bei der Ermittlung des Übertragungswertes entsprechend berücksichtigt.

4 Die SIGNAL Krankenversicherung a. G. verzichtet hinsichtlich der Besonderen Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung auf das ordentliche Kündigungsrecht.

# Teil III Tarife EKH und R-EKH Krankenhaustagegeldtarife EKH

**Die Tarife EKH und R-EKH gelten 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** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

**Wartezeiten** (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen, wenn außer der Krankenhaustagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht.

## B Leistungen des Versicherers

**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 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 Ziffer 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
- die eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben
- die 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 Ausbildung 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. 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. 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 (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

1321804.pdf Jan09

# Teil III Tarif EKUR
# Kurtagegeldtarif EKUR

**Der Tarif EKUR 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** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

**Wartezeiten** (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen, wenn außer der Kurtagegeldversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer besteht.

## B Leistungen des Versicherers

**1 Leistungsumfang** (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1.1 Im Rahmen dieses Tarifs wird bei ambulanter und stationärer Kur- und Sanatoriumsbehandlung in Kur- und Badeorten sowie in Kurkrankenanstalten, Sanatorien, Heilstätten und Krankenanstalten, die Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen, ein Kurtagegeld gezahlt.

1.2 Die Leistungen werden innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zur Dauer von 30 Tagen gezahlt. Der Dreijahreszeitraum umfasst das Jahr der Inanspruchnahme und die beiden vorangegangenen Jahre.

1.3 Das Kurtagegeld beträgt mindestens 5 EUR. Dieser Betrag kann mehrfach abgeschlossen werden. Die Tarifbezeichnung lautet dem versicherten Betrag entsprechend z.B. EKUR5, EKUR10, EKUR15 usw.

## C Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung** (zu § 8 b Teil I und II)
Ergänzend zu § 8 b 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.

1322004.pdf Jan09

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung

**Teil I** Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KT 2009)
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

## 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 ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). 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 (§ 8 a 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.

(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 SIGNAL Tarifbedingungen**

(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.

### § 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 SIGNAL Tarifbedingungen**

(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.

### § 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 Wartezeitenregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

(1) 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.

Fassung 07.2011

(4) Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Vertrage zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang 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, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweise 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 Absatz 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.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

(1) Abweichend von § 4 (2) Teil I können bei der Ermittlung des versicherbaren Krankentagegeldes für Arbeitnehmer solche Krankentagegelder unberücksichtigt bleiben, die zur Abdeckung von Beitragszahlungen zur Krankenversicherung, gesetzlichen Renten- und Arbeitslosenversicherung anfallen.

(2) Abweichend von § 4 (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.

(3)
a) Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein.
b) Entsprechend § 4 (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 (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.

(4a) 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.

(4b) Erhöht sich das Nettoeinkommen aufgrund individueller Einkommenssteigerungen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel des Tarifs). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Für das zusätzlich versicherte Krankentagegeld entfallen jedoch die Wartezeiten und eine erneute Gesundheitsprüfung.

Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird.

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.

(5) Der Tarif kann weitere Regelungen für individuelle Anpassungen bei Erhöhung des Nettoeinkommens vorsehen.

(6) Abweichend von § 4 Abs. 9 Teil I erbringt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage.

(7) Bei Eintritt von Arbeitslosigkeit sind die weiteren Bestimmungen zum Umfang des Versicherungsschutzes in § 15 Abs. 1 und Abs. 2 Teil II 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 Aufenthalts 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a) Teil I.

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

(3) Abweichend von § 5 Abs. 1 d) 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. 1 f) Teil I gilt nicht, wenn und soweit der Versicherer Leistungen vor Beginn des Aufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

(5) Abweichend von § 5 Abs. 1 g) 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) Das Krankentagegeld wird wöchentlich nachschüssig gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie die Art der Erkrankung gezahlt.

(2) Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

(3) 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 Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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) Mahnkosten werden nicht erhoben.

**§ 8 a 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. 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
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 § 8 a 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.

**§ 8 b 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) Die in § 8 b Abs. 1 Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
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 eines Monats 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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) 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 § 207 a 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.

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. 1 b) Teil I.

Die Einschränkung der Leistungspflicht während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote gemäß § 5 Abs. 1 d) 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 der Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritt 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 Personen in dem selben 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 Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

**§ 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.

# Teil III 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

## Krankentagegeldtarife für Selbstständige

**ESP-VS**
**E**inkommens**S**icherungs-**P**rogramm

**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 Krankenversicherung a. G. (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 (AVB) für die Krankentagegeldversicherung:**

**Teil I** Musterbedingungen MB/KT 2009
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

### 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 beim Versicherer 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)**
Der Versicherer 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. 1 b) 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 der Versicherer einen Rückforderungsanspruch.

Das Versicherungsverhältnis endet wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei der IDUNA Vereinigte 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. 1 c) 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 Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und 5 Teil I und II)

**1 Karenzzeit und Leistungsdauer**
Das Krankentagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung und 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

seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit an gezahlt.

**Fassung 07.2011**

**2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit**
Die Karenzzeit gilt für jede Arbeitsunfähigkeit neu.

Tritt jedoch in den Tarifen 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 Abs. 2 Teil II 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 § 8 b Teil I und II)**
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5 %.

# Teil III Tarife ESP-VA 43, ESP-VA 92, ESP-VA 183, ESP-VA 274, ESP-VA 365 ESP-VA

## Krankentagegeldtarife für Arbeitnehmer

**E**inkommens**S**icherungs-**P**rogramm

**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 Krankenversicherung a. G. (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 (AVB) für die Krankentagegeldversicherung:**

**Teil I** Musterbedingungen MB/KT 2009
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

### 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 beim Versicherer 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)**
Der Versicherer 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. 1 b) 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 der Versicherer einen Rückforderungsanspruch.

Das Versicherungsverhältnis endet wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrente.

Besteht eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei der IDUNA Vereinigte 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. 1 c) 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 Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und 5 Teil I und II)

**1 Karenzzeit und Leistungsdauer**
Das Krankentagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung und 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

seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit an gezahlt.

**Fassung 07.2011**

**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 Abs. 2 Teil II 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 § 8 b Teil I und II)**
Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5 %.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung

**Teil I** Musterbedingungen 2009 für die ergänzende Pflegekrankenversicherung (MB/EPV 2009)
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

## 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. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Erbringung von Leistungen sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(9) 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.

(10) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(11) 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.*

(12) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). 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.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall ein Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich in der Pflegetagegeldversicherung abweichend zu § 1 Abs. 11 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.

### § 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 Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**

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

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

**§ 3 Wartezeit**
**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 SIGNAL Tarifbedingungen**
Abweichend von Teil I entfällt die Wartezeit bei Unfällen.

**§ 4 Umfang der Leistungspflicht**
**Teil I MB/EPV**
Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

**§ 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. 11* 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 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) Abweichend von § 5 Abs. 1 c) Teil I besteht Leistungpflicht bei einem Aufenthalt in Mitgliedstaaten der Europäischen Union und Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie in der Schweiz.

(2) Abweichend von § 5 Abs. 1 f) wird für laufende Versicherungsfälle auch in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme geleistet, sofern Anspruch auf Pflegegeld in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung besteht.

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

**§ 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 in Textform 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) Die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung getroffenen Feststellungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufe sind auch für die Pflegetagegeldleistung maßgebend. Dies gilt ebenfalls bei Änderungen hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe.

Dementsprechende Nachweise sind vom Versicherungsnehmer dem Versicherer vorzulegen.

(2) Überweisungskosten nach Teil I Abs. 5 werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(3) Nachweise über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe 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.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

(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 Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages 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 auf Grund 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Abs. 2 Teil I ist der Beitrag von dem Tag der Geburt an zu entrichten.

(4) Mahnkosten werden nicht erhoben.

**§ 8 a 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. 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
(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 entrich- ten. 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 (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.

**§ 8 b 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. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**
(1) Die in § 8 b (1) Teil I genannte Gegenüberstellung wird getrennt für jede Beobachtungseinheit (Männer bzw. Frauen bzw. Kinder (einschl. Jugendliche)) durchgeführt.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b (1) Teil I für die Versicherungsleistungen 10 %, für die Sterbewahrscheinlichkeiten 5 %.

**§ 9 Obliegenheiten**
**Teil I MB/EPV**
(1) Die ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer unverzüglich - spätestens innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist - durch Vorlage eines schriftlichen 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.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

(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.

**Teil II SIGNAL Tarifbedingungen**
Die Pflegebedürftigkeit ist dem Versicherer spätestens bis zum Ablauf der 4. Woche ab ärztlicher 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 auf Grund 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 eines Monats 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
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 SIGNAL Tarifbedingungen**
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß Teil I Abs. 1.

**§ 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 ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 11 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. 11 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 Bundesrepu-

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

blik 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 SIGNAL Tarifbedingungen**
Abweichend zu § 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 Abs. 2 Teil II genannten.

## Sonstige Bestimmungen

**§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen**
**Teil I MB/EPV**
Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist .

**§ 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.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

# Teil III Tarif PflegeUNFALL Pflegetagegeldtarif

**PflegeUNFALL**

Produktlinie **PflegeSchutz**

**Der Tarif PflegeUNFALL gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:**

**Teil I** Musterbedingungen MB/EPV 2009
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

**1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)**
1.1 Der Tarif PflegeUNFALL kann nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) oder privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert werden. Endet diese Versicherung, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PflegeUNFALL.

1.2 Aufnahmefähig sind Personen, die weder Leistungen aus einer Pflegepflichtversicherung beziehen, noch diese beantragt haben.

2 Wartezeiten (zu § 1 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

## B Leistungen des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

**1 Pflegetagegeldleistung**
1.1 Bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 Teil I leistet der Tarif ein Pflegetagegeld, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, und zwar in der

| | |
|---|---|
| Pflegestufe I | 30 % |
| Pflegestufe II | 70 % |
| Pflegestufe III | 100 % |

des versicherten Tagessatzes.

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.

Versicherungsschutz besteht auch

- 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 jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache für die verursachte Gesundheitsschädigung oder deren Folgen an der Pflegebedürtigkeit 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.

1.2 Die Pflegestufen sind in § 1 Abs. 6 Teil I festgelegt.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht.

Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

**2 Einmalzahlung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit**
Bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III wird zusätzlich zum Pflegetagegeld nach diesem Tarif eine Einmalzahlung in Höhe des 90fachen des versicherten Pflegetagegeldsatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

**3 Beitragsbefreiung**
Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld nach diesem Tarif für die Pflegestufe III gezahlt, so wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in die Pflegestufe III erfolgt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem die Leistung für die Pflegestufe III wegfällt.

**4 Assistanceleistungen**
4.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 Teil I besteht ab einem versicherten Tagessatz 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 zu § 1 Abs. 8 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistanceleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Er endet, wenn die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung 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 Elften Buch des Sozialgesetzbuches (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 Vesicherer.

**5 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,
- die auf vorsätzliche Straftaten der versicherten Person beruhen,
- die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person oder durch Strahlen verursacht werden (ausgenommen 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,
- bei Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen (ausgenommen Zeckenstiche) oder geringfügigen Haut- oder Schleimhautverletzungen (ausgenommen Tollwut und Wundstarrkrampf),
- bei Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Versicherungsschutz besteht 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,
- sowie 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 Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 50. 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 § 8 b Teil I und II)**
Ergänzend zu § 8 b 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.

1326903.pdf Jan12

**Fassung 01.2012**

# Teil III Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP Pflegetagegeldtarife

**PflegeSTART**
**PflegePLUS**
**PflegeTOP**

Produktlinie **PflegeSchutz**

**Die Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung:**

**Teil I** Musterbedingungen MB/EPV 2009
**Teil II** SIGNAL Tarifbedingungen

## A Allgemeine Bestimmungen

**1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)**
Die Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP können nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen Pflegepflichtversicherung (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 des Versicherers (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

**1 Pflegetagegeldleistung**
1.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 Teil I wird ein Pflegetagegeld geleistet. Das Pflegetagegeld beträgt in Abhängigkeit von dem versicherten Tarif in der

| | PflegeSTART | PflegePLUS | PflegeTOP |
|---|---|---|---|
| Pflegestufe I | 30% bei Unfall | 30 % bei Unfall | 30 % |
| Pflegestufe II | 70% bei Unfall | 70 % | 70 % |
| Pflegestufe III | 100 % | 100 % | 100 % |

des versicherten Tagessatzes.

Anspruch auf das Pflegetagegeld bei Unfall nach Tarif PflegeSTART bzw. PflegePLUS besteht, wenn der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

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.

Versicherungsschutz besteht auch
- 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 jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

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.

1.2 Die Pflegestufen sind in § 1 Abs. 6 Teil I festgelegt.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht.

Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

**2 Betreuungsgeld für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Demenz)**
Besteht aus der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45b Elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI), so wird aus dem versicherten Tarif monatlich ein Betreuungsgeld gezahlt. Dieses beträgt pro 1 EUR versicherten Tagessatz 1 % des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV so endet gleichzeitig der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld.

**3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit**
Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III wird zusätzlich zum Pflegetagegeld nach diesem Tarif eine Einmalzahlung in Höhe des 90fachen des vereinbarten Pflegetagegeldsatzes gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

**4 Beitragsbefreiung**
Wird für eine versicherte Person Pflegetagegeld nach diesem Tarif für die Pflegestufe III gezahlt, so wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, in dem die Zuordnung in die Pflegestufe III erfolgt. Sie endet am Letzten des Monats, in welchem die Leistung für die Pflegestufe III wegfällt.

**5 Assistanceleistungen**
5.1 Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 Teil I 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.

5.2 Abweichend zu § 1 Abs. 8 Teil I beginnt der Versicherungsfall bezogen auf die Assistanceleistungen, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird. Er endet, wenn die in der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung getroffene Feststellung ergibt, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

5.3 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.

**6 Erhöhung des Pflegetagegeldes**
Das vereinbarte Pflegetagegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung - auch für nach Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle - alle drei Jahre zum 1. Juli um 10 %, vorausgesetzt, 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 Pflegetagegeldes nicht geändert hat.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Pflegetagegeldsatz 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.

1327003.pdf Jan12 Seite 1 von 2

**Fassung 01.2012**

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

1.1 Optionsrecht 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 Optionsrecht nach Tarif PflegeTOP
Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif PflegeTOP die Umstellung in neue Tarife zur Ergänzung der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der sozialen oder privaten Pflegepflichtversicherung vom Versicherer eingeführt werden. Das Recht kann nur innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 Teil I eingetreten ist und die Versicherung nach Tarif PflegeSTART, PflegePLUS bzw. PflegeTOP für die versicherte Person vor einem Eintrittsalter von 60 Jahren begonnen hat.

3 Optionsvorteil
Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen versicherten Tagessatzes.

4 Beantragungsfrist
Das Optionsrecht nach Tarif PflegeSTART bzw. PflegePLUS entfällt, wenn die Tarifstufenumstellung nicht spätestens bis zum Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

Das Optionsrecht nach Tarif PflegeTOP muss innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden.

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

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

6 Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 12 der AVB Teil I verlangen.

## D Anpassungsvorschriften

**Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)**
Ergänzend zu § 8 b 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.

# Leistungsverzeichnis der Tarife PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP für Assistanceleistungen

**Folgende Assistanceleistungen werden unter den in den Tarifen PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS bzw. PflegeTOP genannten Voraussetzungen erbracht. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht nur für die unter Punkt 3 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.**

**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 Pflegepflichtversicherung 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 gem. 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
Zwei mal 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 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, 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.

1327102.pdf Jan09 Seite 1 von 2

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 Selbständigen 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 Unter bisherige Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht (z.B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

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

4.3.5 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

# 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 gem. § 193 Abs. 3 VVG dient.
Eine Anwartschaftsversicherung nach 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 In-Kraft-Treten 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 übergeführt, 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; 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.

1302003.pdf Jan09

Fassung 01.2009

# Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

**Nachfolgend finden Sie Auszüge aus den wesentlichen, in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Gesetzestexten. Sollten Sie darüber hinaus Informationen benötigen, können Sie diese gerne anfordern.**

## Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

**§ 12 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 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

...

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für

1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1.200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1.200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

## Auszug aus dem 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.

**§ 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.



**Stand: 10.2010**

(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. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

**§ 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.

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV)**

**§ 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 vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**

**§ 10 Familienversicherung**
(2) Kinder sind versichert

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

**§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**
(2) 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.

**§ 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**
(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 Bluttestreifen. 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, 126 und 127 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 Bluttestreifen. Satz 1 gilt auch für Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind.

**§ 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 den Absatz 1. Für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, besteht der Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 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. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(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; § 43b 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.

(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; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen 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 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.

(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. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

**§ 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.

(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 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 Abs. 2 Satz 6 und 7 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, frühestens seit dem 1. Januar 1989, 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.

(2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

(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. 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.

(2) Die für die Festlegung der Festzuschüsse nach § 55 Abs. 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 den Sätzen 2 bis 5 für die nach § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten zahntechnischen Leistungen. Die Höchstpreise nach Satz 1 und die Beträge nach Satz 6 vermindern sich um 5 vom Hundert für zahntechnische Leistungen, die von Zahnärzten erbracht werden.

**§ 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.

**§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (bis 31.12.2008 geltende Fassung)**
(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
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,

**Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)**

**§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit**
(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43 a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

**Auszug aus dem Bundesversorgungsgesetz**

**§ 35 Pflegezulage**
(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 272 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 466, 661, 849, 1.104 oder 1.357 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 Plegegevertrages, 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.

**Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz**

**§ 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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

# Zahntechnische Leistungen

**Bis zu den nachstehend aufgeführten Preisen werden wir ohne weitere Nachweise und Prüfung von angemessenen Kosten ausgehen.**

| Nummer | Bezeichnung | bis zu EUR |
|---|---|---|
| 1 | Modell | 7,12 |
| 2 | Doublieren/Platzhalter einfügen/ Verwendung von Kunststoff/ Galvanisieren | 16,60 |
| 3 | Set- Up | 10,20 |
| 5 | Stumpfmodell, Sägemodell | 11,25 |
| 6 | Zahnkranz | 5,76 |
| 7 | Zahnkranz sockeln | 6,65 |
| 11 | Modellpaar trimmen/ Fixator, Montage eines Modellpaares in Fixator | 11,99 |
| 12 | Einstellen/ Montage in Mittelwertartikulator | 14,38 |
| 13 | Modellpaar sockeln | 25,04 |
| 20 | Basis für Konstruktionsbiss/ Basis für Vorbissnahme | 11,59 |
| 21 | Basis für Autopolymerisat | 24,07 |
| 22 | Bisswall | 6,65 |
| 24 | Übertragungskappe | 27,36 |
| 31 | Provisorische Krone oder Brückenglied | 35,46 |
| 32 | Formteil | 23,32 |
| 101 | Vollkrone Metall/Krone für Keramikverblendung/ Wurzelstiftkappe | 84,39 |
| 102 | Vollkrone Stufenpräparation/ Teilkrone/ Krone für Kunststoffverblendung | 93,90 |
| 103 | Vorbereiten Krone/ Krone einarbeiten/ Stiftaufbau einarbeiten | 16,60 |
| 104 | Modellation gießen | 24,88 |
| 105 | Stiftaufbau | 57,97 |
| 110 | Brückenglied | 70,05 |
| 111 | Mantelkrone Kunststoff | 80,75 |
| 112 | Mantelkrone Keramik/ Keramik-, Glaskeramikkrone | 184,55 |
| 120 | Teleskopierende Krone | 257,02 |
| 130 | Steg | 104,82 |
| 131 | Steglasche/ Stegreiter | 60,00 |
| 132 | Steggeschiebe individuell | 122,89 |
| 133 | Individuelles Geschiebe/ Ankerbandklammer/ Rillen- Schulter- Geschiebe | 227,64 |
| 134 | Konfektions- Geschiebe/ Konfektions- Gelenk/ Konfektions- Anker/ Konfektions-Riegel | 131,77 |
| 135 | Friktionsstift/ Federbolzen/ Schraube/ Bolzen | 52,08 |
| 136 | Gefrästes Lager | 66,32 |
| 137 | Schubverteilungsarm | 67,15 |
| 140 | Riegel individuell | 200,22 |
| 150 | Metallverbindung nach Brand | 35,69 |
| 160 | Verblendung Kunststoff | 58,21 |
| 161 | Zahnfleisch aus Kunststoff | 17,34 |
| 162 | Verblendung aus Keramik, Keramik-Aufbau für Galvano-Inlay | 98,11 |
| 163 | Zahnfleisch aus Keramik | 37,55 |
| 201 | Metallbasis | 152,00 |
| 202 | Einarmige Klammer/ Inlayklammer/ fortlaufende Klammer/ Bonyhardklammer/ Kralle/ Ney-Stiel/ Auflage/ Umgehungsbügel | 14,44 |
| 203 | Zweiarmige Klammer/ Approximalklammer/ Ringklammer/ Rücklaufklammer/ Bonyhardklammer Gegenlager/ Doppelbogenklammer | 24,94 |
| 204 | Zweiarmige Klammer, Auflage/ Approximalklammer, Auflage/ Ringklammer, Auflage/ Rücklaufklammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer, Auflage | 36,89 |
| 205 | Bonwillklammer | 49,39 |
| 208 | Rückenschutzplatte/ Metallzahn/ Metallkaufläche | 46,42 |
| 210 | Lösungsknopf für Friktionsprothese | 18,97 |
| 211 | Abschlussrand | 22,58 |
| 212 | Zuschlag einzelne Klammer | 25,66 |
| 301 | Aufstellung Metall- oder Wachsbasis Grundeinheit | 40,03 |
| 302 | Aufstellung auf Wachsbasis, je Zahn | 2,27 |
| 303 | Aufstellung auf Metallbasis, je Zahn | 3,31 |
| 341 | Übertragung einer Aufstellung auf Metall, je Zahn | 2,33 |
| 361 | Fertigstellung einer Prothese Grundeinheit | 55,68 |
| 362 | Fertigstellung je Zahn | 4,14 |
| 380 | Einarmige Klammer/ Inlayklammer/ Interdental-Knopfklammer/ Approximalklammer/ Auflage/ Bonyhardklammer | 11,76 |
| 381 | Zweiarmige Klammer, Auflage/ Bonyhardklammer, Auflage/ Überwurfklammer/ Doppelbogenklammer | 18,46 |
| 382 | Weichkunststoff Zahneinheit | 103,32 |
| 383 | Herstellung eines Zahnes aus zahnfarbenem Kunststoff | 40,51 |
| 401 | Aufbissschiene/ Knirscherschiene/ Bissführungsplatte | 128,51 |
| 402 | Miniplastschiene/ Retentionsschiene/ Verband-, Verschlussplatte | 76,26 |
| 403 | Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche | 53,08 |
| 404 | Festsitzende Schiene aus Kunststoff mit adjustierter Oberfläche, je Zahn | 11,62 |
| 405 | Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall | 189,86 |
| 701 | Basis für Einzelkiefergerät | 58,87 |
| 702 | Basis für bimaxilläres Gerät | 124,37 |
| 703 | Schiefe Ebene | 49,20 |
| 704 | Vorhofplatte | 65,99 |
| 705 | Kinnkappe | 59,38 |

**Bis zu den nachstehend aufgeführten Preisen werden wir ohne weitere Nachweise und Prüfung von angemessenen Kosten ausgehen.**

| Nummer | Bezeichnung | bis zu EUR |
|---|---|---|
| 710 | Aufbiss | 11,59 |
| 711 | Abschirmelement | 20,21 |
| 712 | Weichkunststoff KFO | 53,94 |
| 720 | Schraube einarbeiten | 17,68 |
| 721 | Spezialschraube einarbeiten | 26,18 |
| 722 | Trennen einer Basis | 7,30 |
| 730 | Labialbogen intramaxillär mit zwei Schlaufen | 22,57 |
| 731 | Labialbogen intramaxillär mit mehr als zwei Schlaufen | 29,68 |
| 732 | Labialbogen intermaxillär | 35,00 |
| 733 | Feder, offen | 9,94 |
| 734 | Feder, geschlossen | 12,78 |
| 740 | Verbindungselement intramaxillär | 26,18 |
| 741 | Verbindungselemente intermaxillär | 29,02 |
| 742 | Verankerungselement | 24,05 |
| 743 | Einzelelement einarbeiten | 12,42 |
| 744 | Metallverbindung KFO | 17,42 |
| 750 | Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn | 10,76 |
| 751 | Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn | 18,46 |
| 761 | Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO- Basis oder Aufbissbehelfs | 19,60 |
| 762 | Leistungseinheit Dehn-, Regulierungselement | 8,83 |
| 770 | Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis | 53,95 |
| 801 | Grundeinheit für Instandsetzung und/ oder Erweiterung | 21,98 |
| 802 | Leistungseinheit Sprung/ Bruch/ Einarbeiten Zahn/ Basisteil Kunststoff/ Klammer einarbeiten/ Rückenschutzplatte/ Kunststoffsattel | 9,70 |
| 803 | Retention, gebogen | 51,42 |
| 804 | Retention, gegossen | 63,01 |
| 806 | Gegossenes Basisteil | 78,74 |
| 807 | Metallverbindung | 26,53 |
| 808 | Teilunterfütterung | 46,21 |
| 809 | Vollständige Unterfütterung | 64,68 |
| 810 | Basis erneuern | 78,83 |
| 813 | Auswechseln von Konfektionsteilen | 16,74 |
| 820 | Kronen- oder Brückenreparatur | 42,05 |
| 933 | Versandkosten | 4,30 |
| 970 | Verrechnungseinheit für die Fertigung aus edelmetallfreier Legierung | 12,28 |
| 1001 | Remontage-Modell | 30,19 |
| 1002 | Spezialmodell | 41,52 |
| 1003 | Stumpf sägen und vorbereiten | 6,29 |
| 1004 | Modellmontage in individuellen Artikulator I | 27,69 |
| 1005 | Montage eines Gegenkiefermodells | 10,07 |
| 1006 | Einstellen nach Registrat | 10,20 |
| 1007 | Metallarmierung für provisorische Versorgung | 42,78 |
| 1008 | Guss-, Kunststoffinlay, Inlay galvanisch aufgebaut (Galvanogerüst), einflächig | 71,13 |
| 1009 | Guss-, Kunststoffinlay, Inlay galvanisch aufgebaut (Galvanogerüst), zweiflächig | 83,72 |
| 1010 | Guss-, Kunststoffinlay, Inlay galvanisch aufgebaut (Galvanogerüst), dreiflächig | 96,30 |
| 1011 | Guss-, Kunststoffinlay, Inlay galvanisch aufgebaut (Galvanogerüst), mehrflächig | 102,59 |
| 1012 | Guss-, Kunststoff-Onlay, Onlay galvanisch aufgebaut (Galvanogerüst) | 102,59 |
| 1013 | Galvanokrone | 88,61 |
| 1014 | Galvanoteilkrone | 102,59 |
| 1015 | Keramik-, Glaskeramik-Inlay, einflächig | 167,34 |
| 1016 | Keramik-, Glaskeramik-Inlay, zweiflächig | 176,16 |
| 1017 | Keramik-, Glaskeramik-Inlay, dreiflächig | 186,73 |
| 1018 | Keramik-, Glaskeramik-Inlay, mehrflächig | 197,29 |
| 1019 | Keramik-, Glaskeramik-Onlay/-Teilkrone | 197,29 |
| 1020 | Verblendschale, Veneer (Frontzähne) | 207,86 |
| 1021 | Keramik-, Glaskeramik-Brückenglied | 186,73 |
| 1022 | Keramik-Schulter | 27,69 |
| 1023 | Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Keramik | 33,98 |
| 1024 | Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/ gegossenem Glas | 27,69 |
| 1025 | Modellgussteil konditionieren | 14,50 |
| 1026 | Deckgold, Bonder aufbrennen/ verzinnen/ Metallfläche konditionieren, silanisieren, Keramik/ gegossenes Glas ätzen | 9,66 |
| 1027 | Systemaufstellung | 68,18 |
| 1028 | Wiederherstellung des Sekundärteiles einer Teleskop-/Konuskrone | 174,01 |
| 1029 | Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes | 196,54 |
| 1030 | Zuschlag für Arbeiten unter dem Stereomikroskop, je Werkstück | 20,94 |
| 1031 | Mehraufwand bei Suprastruktur auf Implantat | 46,17 |
| 1032 | Röntgen- und/oder Implantatbohrschablone, Grundeinheit | 130,52 |
| 1033 | Röntgenkugel oder Bohrhülse einarbeiten, je vorgesehenes Implantat | 18,03 |

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 Krankenversicherung a. G.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

**Teil I Bedingungsteil MB/PPV 2012**
**Teil II Tarif PV**
**mit Tarifstufen PVN und PVB**
**Anhang**

## 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 wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nach Maßgabe des Absatzes 6 in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(5) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
c) im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(6) Für die Gewährung von Leistungen sind versicherte Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

a) Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
b) Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
c) Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(7) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(8) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

a) in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
b) in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
c) in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen aus der Krankenversicherung führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 1 Abs. 5 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(9) Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht.

(10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2012, Tarif PV) sowie den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere dem Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. Wenn und soweit sich die gesetzlichen Bestimmungen ändern, werden die dem SGB XI gleichwertigen Teile der AVB gemäß § 18 geändert.

(11) 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.

(12) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(13) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Pflege in der Bundesrepublik Deutschland.

### § 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 ein 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

a) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1996 ein Jahr,
b) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1997 zwei Jahre,
c) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1998 drei Jahre,
d) in der Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999 vier Jahre,
e) in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008 fünf Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrages mindestens fünf Jahre bestanden haben muss,
f) in der Zeit ab 1. Juli 2008 zwei Jahre, wobei das Versicherungsverhältnis innerhalb der letzten 10 Jahre vor Stellung des Leistungsantrags 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 erhalten bei häuslicher Pflege Ersatz von Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) gemäß Nr. 1 des Tarifs PV. 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. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 1 Abs. 5 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - (siehe Anhang) zu leisten wäre, wenn der Pflegebedürftige in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert wäre. 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. Soweit und solange häusliche Pflegehilfe nicht durch Pflegekräfte im Sinne von Satz 4 gewährleistet werden kann, können auch einzelne geeignete Pflegekräfte anerkannt werden, mit denen eine Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) abgeschlossen hat oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung zugelassen 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. Einzelpflegekräfte dürfen mit der versicherten Person kein Beschäftigungsverhältnis eingehen.

Nimmt die versicherte Person Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam mit anderen Pflegebedürftigen in Anspruch, so können, sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, auch Aufwendungen für Betreuungsleistungen erstattet werden. Der Anspruch besteht nicht, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem zwölften Buch Sozialgesetzbuch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Bundesvesorgungsgesetz finanziert werden.

(2) Anstelle von Aufwendungsersatz für häusliche Pflegehilfe gemäß Absatz 1 können versicherte Personen 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 erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

(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.

(4) Versicherte Personen, die Pflegegeld nach Absatz 2 beziehen, sind verpflichtet,

a) bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
b) bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine Pflegeeinrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach dem SGB XI besteht oder die von Trägern der privaten Pflegepflichtversicherung anerkannt worden ist, oder, sofern dies durch eine solche Pflegeeinrichtung 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 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. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach Absatz 16 festgestellt ist, sind berechtigt, die Beratung innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.

Versicherte Personen, die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, bei denen jedoch ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß Absatz 16 festgestellt worden ist, haben halbjährlich einmal einen Anspruch auf Beratung. Die Aufwendungen werden gemäß Nr. 2.2 des Tarifs PV in Höhe des Betrages für die Pflegestufen I und II erstattet.

(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. Dies gilt auch in Härtefällen gemäß Nr. 1 Satz 2 des Tarifs PV. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz 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.

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier 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.

(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 SGB 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.

**B Teilstationäre Pflege**

(8) Versicherte Personen 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 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 nur tagsüber oder nur 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) Die versicherte Person kann die Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 8 miteinander kombinieren:

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zusammen mit Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindern sich die Leistungen gemäß Nr. 1 des Tarifs PV um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen gemäß Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen für teilstationäre Pflege gemäß Absatz 8 nur zuammen mit Pflegegeld nach Absatz 2 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich das Pflegegeld gemäß Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistungen nach Absatz 8 in Verbindung mit Nr. 5 des Tarifs PV über 50 v.H. in Anspruch genommen werden.

Werden die Leistungen bei teilstationärer Pflege gemäß Absatz 8 zusammen mit der Kombination von Aufwendungsersatz bei häuslicher Pflegehilfe gemäß Absatz 1 und Pflegegeld gemäß Absatz 2 in Anspruch genommen, bleiben die Leistungen nach Absatz 8 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 v.H. des in Nr. 1 des Tarifs PV für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten findet Absatz 5 Satz 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

**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 gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie

1300712.pdf Jan12 Seite 2 von 19

sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Zu Hause gepflegte versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres 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 vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

**D Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

(11) Versicherte Personen haben gemäß Nr. 7.1 und 7.2 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt. 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 eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

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.

(12) Wählen versicherte Personen vollstationäre Pflege gemäß Nr. 7.1 des Tarifs PV, obwohl diese nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss bis zur Höhe des im Tarif PV nach den Tarifstufen PVN und PVB für häusliche Pflegehilfe in der jeweiligen Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages.

**E Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

(13) Für Pflegepersonen, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind und die versicherte Person ehrenamtlich wenigstens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, zahlt der Versicherer Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder auf Antrag an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung gemäß Nr. 8 des Tarifs PV. Die versicherte Person oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen des Versicherers glaubhaft zu machen, dass Pflegeleistungen in dem vom medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellten und erforderlichen zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr unterbricht die Beitagszahlung 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.

**F Leistungen bei Pflegezeit der Pflegeperson**

(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 des Tarifs PV auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

**G Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen**

(15) Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen können Schulungskurse besuchen. Diese sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person stattfinden. Der Umfang der Leistungen des Versicherers ergibt sich aus Nr. 10 des Tarifs PV.

**H Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf**

(16) Versicherte Personen in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (Abs. 1) und teilstationärer Pflege (Abs. 8) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PV. Versicherte Personen in stationärer Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben neben den Leistungen bei vollstationärer Pflege (Abs. 11) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV.

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person entweder pflegebedürftig nach Pflegestufe I, II oder III ist oder dass sie einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung hat, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, ferner dass bei der versicherten Person demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen und der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(17) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

a) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
b) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
c) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
d) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
e) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
f) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
g) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
h) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
i) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
j) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
k) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
l) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
m) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche a) bis i), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.

**I. Pflegeberatung**

(18) Versicherte Personen haben ab 1. Januar 2009 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 Feststellungen nach § 6 Abs. 2,
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 sowie
e) bei besonders komplexen Fallgestaltungen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses.

Die Pflegeberatung erfolgt in der Regel dort, wo die Pflege durchgeführt wird. Sie kann auf Wunsch der versicherten Person auch telefonisch erfolgen.

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.

**§ 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 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 Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung 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 werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 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;

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 werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 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.

**§ 5 a 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 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 eine vorgesehene Wartezeit (vgl. § 3) erfüllt ist.

(2) Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, die Voraussetzungen des zusätzlichen Betreuungsbedarfs und die Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Pflegehilfsmitteln sind durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. 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 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 die Leistungsgewährung 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 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 Einsicht in die schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 3.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist, können die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie 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 einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten 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 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, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 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,
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 nach Buchstaben a), b) oder c) versichert 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 v.H. 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.

**§ 8 a 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.

**§ 8 b 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 5 v.H., 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. 10), ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge im Rahmen der Höchstbeitragsgarantie mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern.

(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 schriftlich 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. 1 b).

(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 schriftlich 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 schriftlich 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 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 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 ab 1. Januar 2009 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Älterungsrückstellung in Höhe des Übertragungswertes nach Maßgabe von § 13a Abs. 6 Kalkulationsverordnung (siehe Anhang) an den neuen Versicherer überträgt.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer die zu übertragende Älterungsrückstellung 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 § 26 a 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. 1 a) Halbsatz 1.

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 Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

**§ 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.

# Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a 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 § 26 a Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) Gebrauch gemacht haben, gilt folgendes:

In Abweichung von

(1) § 3 MB/PPV 2012 entfällt die Wartezeit;

(2) § 8 Abs. 3 MB/PPV 2012 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 2012

a) wird die Höhe der Beiträge für Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang) auf 150 v.H., bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, auf 75 v.H. 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, § 8 a SGB IV (siehe Anhang) beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 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) § 8 a Abs. 2 MB/PPV 2012 erfolgt keine Erhöhung der Beiträge nach dem Gesundheitszustand des Versicherten.

Die Zusatzvereinbarungen gelten auch für Personen, die sich gemäß Artikel 41 PflegeVersicherungsgesetz (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 2012

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 v.H. des Höchstbeitrages herabgesetzt, wenn der Beitrag der versicherten Person zur Krankenversicherung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) - Zweites Buch (II) - (SGB 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 v.H. 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.

# Tarif PV
# mit Tarifstufen PVN und PVB

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit dem Bedingungsteil (MB/PPV 2012) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung.

**Leistungen der Versicherer**

**Tarifstufe PVN**
**für versicherte Personen ohne Anspruch auf Beihilfe**

Die Tarifleistungen betragen 100 v.H. der nach den Nummern 1-11 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 für

1 Beamte, Richter, entpflichtete Hochschullehrer und Personen in einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis ohne bzw. mit einem bei der Beihilfe berücksichtigungsfähigen Kind 50 v.H.
2 Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 v.H.
3 Personen nach Nr. 1, die sich im Ruhestand befinden 30 v.H.
4 bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und beihilfeberechtigte Witwen und Witwer 30 v.H.
5 bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen 20 v.H.

der in Tarifstufe PVN nach den Nummern 1-11 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften des Bundes oder 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 der Pflegestufe I bis zu | 450 Euro, |
| b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu | 1.100 Euro, |
| c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu | 1.550 Euro |

erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.918 Euro monatlich gewährt werden, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

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 Arbeit und Sozialordnung 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 v.H. der in den Sätzen 1 und 2 vorgesehenen Beträge erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**2 Pflegegeld**
2.1 Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

| | |
|---|---|
| a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I | 235 Euro, |
| b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II | 440 Euro, |
| c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III | 700 Euro. |

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 werden in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro, in Pflegestufe III bis zu 31 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 21 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**3 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson**
Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.550 Euro je Kalenderjahr erstattet, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

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 der festgestellten Pflegestufe 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.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag 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 Erkenntnissen 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 2. Halbsatz 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 v.H. erstattet. Dabei tragen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Selbstbeteiligung von 10 v.H. der Aufwendungen, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel; in Härtefällen kann der Versicherer von der Selbstbeteiligung absehen.

4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden bis zu 31 Euro je Kalendermonat erstattet.

4.3 Unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen der versicherten Person sind die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf 2.557 Euro je Maßnahme begrenzt.

In Tarifstufe PVB werden die vorgesehenen Leistungen auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**5 Teilstationäre Pflege**

Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen je Kalendermonat

| | |
|---|---|
| 5.1 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bis zu | 450 Euro, |
| 5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu | 1.100 Euro, |
| 5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu | 1.550 Euro |

erstattet.

Im Rahmen des jeweiligen Höchstbetrages sind auch die Aufwendungen für die notwendige Beförderung der versicherten Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück, die Aufwendungen für soziale Betreuung sowie die Aufwendungen 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 v.H. 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 vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden die Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für soziale Betreuung sowie für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Gesamtbetrag von 1.550 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 3 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v.H. gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

In Tarifstufe PVB wird der Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**7 Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**
7.1 Im Rahmen der gültigen Pflegesätze werden Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen, für medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung pauschal

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023 Euro je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279 Euro je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.550 Euro je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 1.918 Euro je Kalendermonat

erstattet, insgesamt jedoch nicht mehr als 75 v.H. des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbare Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (siehe Anhang). Bei versicherten Personen der Pflegestufe III können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die in Satz 1 Halbsatz 1 genannten Aufwendungen bis zu dem in Satz 1 Buchstabe d) genannten Betrag je Kalendermonat ersetzt werden, wenn außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7.2 Bei Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2) werden die Aufwendungen gemäß Sätze 1 und 5 mit einem Betrag in Höhe von 10 v.H. des nach § 75 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII) - (siehe Anhang) vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall höchstens 256 Euro 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 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 1.536 Euro.

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, der Pflegestufe und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit.

In Tarifstufe PVB werden die Beiträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

**9 Leistungen bei Pflegezeit der Pflegepersonen**
Die Zahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegepflichtversicherung erfolgt nach Maßgabe von § 44a 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. Die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nach Maßgabe der §§ 26, 28a, 130, 345, 347, 349 SGB III (siehe Anhang) gezahlt.

In Tarifstufe PVB werden die Zuschüsse und Beiträge 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 Zusätzliche Betreuungsleistungen**
11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

a) der teilstationären Pflege,
b) der Kurzzeitpflege,
c) der Pflegekräfte gemäß § 4 Abs. 1 Satz 4, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 3) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

In Tarifstufe PVB wird der jeweils zu zahlende Betrag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

11.2 Voraussetzungen und Höhe der Vergütungszuschläge nach § 4 Abs. 16 Satz 2 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang).

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

# Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten

In Änderung bzw. Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2012 und Tarif PV) gilt Folgendes:

1 Studenten, Fach- und Berufsfachschüler sowie Praktikanten i.S.v. § 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 - 11 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2012 ab dem 01. Januar 2012 bis zu einer Neufestsetzung gemäß Nr. 6 einen monatlichen Beitrag von 8,72 EUR.

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 Anrechnungsbeträge aus Vorversicherungszeiten. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrags gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2012 oder Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a 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 34. Lebensjahres, erfolgt die Beitragseinstufung zum dann erreichten Alter nach Maßgabe von Nr. 4 Sätze 1 und 2.

6 Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8 b MB/PPV 2012 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 2012 entsprechend.

# Anhang Gesetzesauszüge

Stand: 07.2010

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

**§ 35 Pflegezulage**

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 272 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufiger 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 466, 661, 849, 1104 oder 1357 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. 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 Absatz 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 nahe steht, 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.

**Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft**

**§ 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 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 nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

**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 oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (aufgehoben)

3a. (aufgehoben)

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. 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 oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(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, eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, 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 des Erziehenden, seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten 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 eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit

1300712.pdf Jan12 Seite 11 von 19

versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.

(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. 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) aufgehoben

**§ 28a Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag**
(1) Ein Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag können Personen begründen, die

1. als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III im Sinne des Elften Buches zugeordneten Angehörigen, der Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen,
2. eine selbstständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben oder
3. eine Beschäftigung in einem Staat, in dem die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nicht anzuwenden ist, aufnehmen und ausüben.

Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass

1. der Antragsteller innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat,
2. der Antragsteller unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, in einem Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts gestanden, eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat und
3. Versicherungspflicht (§§ 26, 27) anderweitig nicht besteht.

Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.

(2) Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der Agentur für Arbeit, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem erstmals die nach Absatz 1 Satz 1 geforderten Voraussetzungen erfüllt sind.. Das Versicherungspflichtverhältnis endet,

1. wenn der Versicherungsberechtigte eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch bezieht,
2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 letztmals erfüllt waren,
3. wenn der Versicherungsberechtigte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist,
4. in Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 spätestens jedoch mit Ablauf des 31. Dezember 2010.

Die Vorschriften des Ersten Abschnitts über die Versicherungsfreiheit gelten entsprechend.

**§ 130 Bemessungszeitraum und Bemessungsrahmen**
(1) Der Bemessungszeitraum umfasst die beim Ausscheiden des Arbeitslosen aus dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis abgerechneten Entgeltabrechnungszeiträume der versicherungspflichtigen Beschäftigungen im Bemessungsrahmen. Der Bemessungsrahmen umfasst ein Jahr; er endet mit dem letzten Tag des letzten Versicherungspflichtverhältnisses vor der Entstehung des Anspruchs.

(2) Bei der Ermittlung des Bemessungszeitraumes bleiben außer Betracht

1. Zeiten einer Beschäftigung, neben der Übergangsgeld wegen einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Teilübergangsgeld oder Teilarbeitslosengeld geleistet worden ist,
2. Zeiten einer Beschäftigung als Freiwillige oder Freiwilliger im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes, wenn sich die beitragspflichtige Einnahme nach § 344 Abs. 2 bestimmt,
3. Zeiten, in denen der Arbeitslose Elterngeld bezogen oder Erziehungsgeld bezogen oder nur wegen der Berücksichtigung von Einkommen nicht bezogen hat oder ein Kind unter drei Jahren betreut und erzogen hat, wenn wegen der Betreuung und Erziehung des Kindes das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,

3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,

4. Zeiten, in denen die durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit auf Grund einer Teilzeitvereinbarung nicht nur vorübergehend auf weniger als 80 Prozent der durchschnittlichen regelmäßigen Arbeitszeit einer vergleichbaren Vollzeitbeschäftigung, mindestens um fünf Stunden wöchentlich, vermindert war, wenn der Arbeitslose Beschäftigungen mit einer höheren Arbeitszeit innerhalb der letzten dreieinhalb Jahre vor der Entstehung des Anspruchs während eines sechs Monate umfassenden zusammenhängenden Zeitraums ausgeübt hat.

Satz 1 Nr. 4 gilt nicht in Fällen einer Teilzeitvereinbarung nach dem Altersteilzeitgesetz, es sei denn, das Beschäftigungsverhältnis ist wegen Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers beendet worden.

(3) Der Bemessungsrahmen wird auf zwei Jahre erweitert, wenn

1. der Bemessungszeitraum weniger als 150 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält

1a. in den Fällen des § 123 Abs. 2 der Bemessungszeitraum weniger als 90 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder

2. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen. Satz 1 Nr. 2 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

**§ 340 Aufbringung der Mittel**
Die Leistungen der Arbeitsförderung und die sonstigen Aufgaben der Bundesagentur werden durch Beiträge der Versicherungspflichtigen, der Arbeitgeber und Dritter (Beitrag zur Arbeitsförderung), Umlagen, Mittel des Bundes und sonstige Einnahmen finanziert.

**§ 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 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,
6. die als 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,
7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,
8. die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2 b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von zehn 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 den Beziehern der Leistung 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 400 Euro nicht übersteigt,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
7. für Personen, die als 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. (aufgeboben)
10. für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen
    a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
    b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten 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 Festset-

1300712.pdf Jan12 Seite 12 von 19

zungsstelle 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 Bezieher von Sozialleistungen 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 Bezieher von Krankentagegeld 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 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 Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) , sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen 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.

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4a 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 Pflegezeit 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 - (SGB IV)**

**§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit**
(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 400 Euro nicht 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 vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(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. Hat die Krankenkasse Verträge nach § 127 Abs. 1 über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

(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.

(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; der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen 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 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.

(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. Er bestimmt darüber hinaus das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen nach Absatz 2 Satz 1.

**§ 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. § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab 1. Januar 2009 geltenden Fassung gilt 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 § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes umgestellt.

**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 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,
2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des EinsatzWeiterverwendungsgesetzes 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 oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren,
3a. für die sie von den jeweils zuständigen Trägern nach dem Zweiten Buch Arbeitslosengeld II beziehen; dies gilt nicht für Empfänger der Leistung,
   a) die Arbeitslosengeld II nur darlehensweise oder
   b) nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen oder
   c) die auf Grund von § 2 Abs. 1a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes keinen Anspruch auf Ausbildungsförderung haben oder
   d) deren Bedarf sich nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes oder nach § 66 Abs. 1 Satz 1 des Dritten Buches bemisst oder
   e) die versicherungspflichtig beschäftigt oder versicherungspflichtig selbstständig tätig sind, oder eine Leistung beziehen, wegen der sie nach Satz 1 Nr. 3 versicherungspflichtig sind,
4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren. Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 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 selbstständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig. Wehrdienstleistende oder Zivildienstleistende, die für die Zeit ihres Dienstes Arbeitsentgelt weitererhalten oder Leistungen für Selbstständige nach § 13a des Unterhaltssicherungsgesetzes erhalten, sind nicht nach Satz 1 Nr. 2 versicherungspflichtig; die Beschäftigung oder selbstständige 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 KnappschaftBahn-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 eine Verdienstausfallentschädigung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz 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 EinsatzWeiterverwendungsgesetzes 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 zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,
2a. bei Personen, die Arbeitslosengeld II oder im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,
2b. (aufgehoben)
2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,
3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,
4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen 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,
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.

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.

**§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten**
(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des EinsatzWeiterverwendungsgesetzes, Beziehern von Arbeitslosengeld II 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 400 Euro nicht übersteigt,
   b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern oder bei im Ausland beschäftigten Deutschen 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 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.

**Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX)**
**- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -**

**§ 2 Behinderung**
(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

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

**§ 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, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhenszeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 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. selbstständige 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 § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit 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 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 selbstständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, dass eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbstständige 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.

**§ 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 selbstständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches, 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 des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 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 bis 4 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 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,
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 zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert 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 Jahresar-

beitsentgeltgrenze 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.

**§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit**
(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; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a 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.

(2) Pflegende Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.

**§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**
(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.

**§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze**
(1) Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert 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).

...

**§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen**
(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit

1300712.pdf Jan12 Seite 16 von 19

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann
2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),
3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);

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; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 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 auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

**§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen**
(1) Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste erhalten nach Maßgabe dieses Kapitels

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie

2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Sie umfasst bei stationärer Pflege auch die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, 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, 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.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(5) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Pflegevergütung abzuziehen.

**§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**
(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Trägern der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverbund Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinischpflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

**§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung**
(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung 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, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; 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 Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen 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 Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung 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 Krankenversicherungsunterneh-

men mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des PflegeVersicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 12 des VAG versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des VAG 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. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des VAG entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 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 -**

**§ 66 Leistungskonkurrenz**

...

(4) Leistungen nach § 65 Abs. 1 werden insoweit nicht erbracht, als Pflegebedürftige in der Lage sind, zweckentsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. Stellen die Pflegebedürftigen ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, können sie nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist ein nach dem Elften Buch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 65 Abs. 1 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 (PflegeVersicherungsgesetz - 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) PflegeVG)**

**§ 3 Pflegezeit**

(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 Pflegepflichtversicherung 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.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und 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.

**Gesetz über den Versicherungsvertrag (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 5000 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 5000 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 Asylbewerberleistungsgesetzes 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 Sinne 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 § 12 Abs. 1a 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 eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

...

**Kalkulationsverordnung**

**§ 13a Übertragungswert**

...

(6) Wechselt der Versicherte in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.

# Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung

| 1 Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege | HMV-Nummer |
|---|---|
| **1.1 Pflegebetten** | |
| - Pflegebetten, manuell verstellbar | 50.45.01.0001-0999 |
| - Pflegebetten, motorisch verstellbar | 50.45.01.1000-1999 |
| - Kinder-/Kleinwüchsigenpflegebetten | 50.45.01.2000-2999 |
| **1.2 Pflegebettenzubehör** | |
| - Bettenverlängerungen | 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 |
| **1.3 Bettzurichtungen zur Pflegeerleichterung** | |
| - Einlegerahmen | 50.45.03.0001-0999 |
| - Rückenstützen, manuell verstellbar | 50.45.03.1000-1999 |
| **1.4 Spezielle Pflegebetttische** | |
| - Pflegebetttische | 50.45.04.0001-0999 |
| - Bettnachtschränke mit verstellbarer Tischplatte | 50.45.04.1000-1999 |
| **1.5 Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung** | |
| - Sitzhilfen zur Pflegeerleichterung im Bett | 50.45.06.0001-0999 |
| **1.6 Rollstühle mit Sitzkantelung** | |
| - Rollstühle mit Sitzkantelung | 50.45.07.0001-3999 |
| **1.7 Pflegerollstühle** | |
| - Pflegerollstühle | 50.45.08.0001-0999 |
| **Hilfsmittel*:** | |
| **Lifter, fahrbar zur Fremdbedienung** | |
| - Lifter, fahrbar | 22.40.01.0001-0999 |
| **Lifter zur Fremdbedienung, wandmontiert** | |
| - Wandlifter | 22.40.02.0001-0999 |
| **Zubehör für Lifter** | |
| - Zubehör für Lifter | 22.40.04.0001-0999 |
| **Umsetz- und Hebehilfen** | |
| - Drehscheiben | 22.29.01.0001-0999 |
| - Positionswechselhilfen | 22.29.01.1000-1999 |
| - Umlager-/Wendehilfen | 22.29.01.2000-2999 |
| **Innenraum und Außenbereich** | |
| **Schieberollstühle** | |
| - Standardschieberollstühle | 18.50.01.0001-0999 |
| **Treppen** | |
| **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 |
| - Duschwagen | 51.45.01.2000-2999 |
| - Kopfwaschbecken, freistehend | 51.45.01.3000-3999 |
| - Hygienesitze | 51.45.01.4000-4999 |
| **Hilfsmittel*:** | |
| **Badewannenlifter** | |
| - Badewannenlifter, mobil | 04.40.01.0001-0999 |
| - Badewannenlifter, mobil mit Beinauflagefläche | 04.40.01.1000-1999 |
| **Badewanneneinsätze** | |
| - Badewannenverkürzer | 04.40.04.0001-0999 |
| - Badeliegen | 04.40.04.1000-1999 |
| **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 |
| **Duschhilfen** | |
| - Duschsitze, an der Wand montiert | 04.40.03.0001-0999 |
| - Duschhocker | 04.40.03.1000-1999 |
| - Duschstühle | 04.40.03.2000-2999 |
| **Toilettensitze** | |
| - Toilettensitzerhöhungen | 33.40.01.0001-0999 |
| - Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar | 33.40.01.1000-1999 |

**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.

**Stand: 01.2010**

| | |
|---|---|
| - Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen | 33.40.01.2000-2999 |
| - Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar | 33.40.01.3000-3999 |
| - Toilettensitze für Kinder | 33.40.01.4000-4999 |
| **Toilettenstützgestelle** | |
| - Toilettenstützgestelle | 33.40.02.0001-0999 |
| - Toilettensitzgestelle | 33.40.02.1000-1999 |
| **Toilettenstühle** | |
| - Feststehende Toilettenstühle aus Metall oder Kunststoff | 33.40.04.0001-0999 |
| - Feststehende Holztoilettenstühle | 33.40.04.1000-1999 |
| - Toilettenstühle für Kinder | 33.40.04.2000-2999 |
| **Sicherheitsgriffe und Aufrichthilfen** | |
| - Badewannengriffe, mobil | 04.40.05.0001-0999 |
| - Stützgriffe für Waschbecken und Toilette | 04.40.05.1000-1999 |
| **Toilettenrollstühle** | |
| - Toilettenrollstühle | 18.46.02.0001-0999 |
| **Duschrollstühle** | |
| - Dusch-Schieberollstühle | 18.46.03.1000-1999 |
| **3 Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität** | **HMV-Nummer** |
| **3.1 Notrufsysteme** | |
| - Hausnotrufsysteme, Solitärgeräte | 52.40.01.0001-0999 |
| - Hausnotrufsysteme, angeschlossen an Zentrale | 52.40.01.1000-1999 |
| **Hilfsmittel*:** | |
| **Hilfen zum Verlassen/Aufsuchen der Wohnung** | |
| - Mobile Rampen zum Befahren mit Rollstühlen | 22.50.01.0001-0999 |
| **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 |
| **Bettpfosten-/Bettrahmenerhöher** | |
| - Bettpfostenerhöher | |
| - Bettrahmenerhöher | |
| **4 Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden** | **HMV-Nummer** |
| **4.1 Lagerungsrollen** | |
| - Lagerungsrollen | 53.45.01.0001-0999 |
| - Lagerungshalbrollen | 53.45.01.1000-1999 |
| **Hilfsmittel*:** | |
| **Lagerungskeile** | |
| - Lagerungskeile bis zu 10/20/30/über 30 cm | 20.29.01.0001-3999 |
| **Sitzhilfen zur Vorbeugung** | |
| - Sitzkissen aus Weichlagerungsmaterialien | 11.39.01.0001-3999 |
| **Liegehilfen zur Vorbeugung** | |
| - Auflagen aus Weichlagerungsmaterialien | 11.29.01.0001-3999 |
| - Matratzen aus Weichlagerungsmaterialien | 11.29.05.0001-2999 |
| **5 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** | **HMW-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 |
| **5.3 Sonstige zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** | |
| - Desinfektionsmittel | 54.99.02.0001-0999 |
| **Hilfsmittel*:** | |
| **Saugende Inkontinenzvorlagen** | |
| - Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung, Größe 1 | 15.25.01.0001-0999 |
| - Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung, Größe 2 | 15.25.01.1000-1999 |
| - Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung, Größe 3 | 15.25.01.2000-2999 |
| - Rechteckvorlagen, Größe 1 und Größe 2 | 15.25.01.3000-4999 |
| - Vorlagen für Urininkontinenz | 15.25.01.5000-5999 |
| **Netzhosen für Inkontinenzvorlagen** | |
| - Netzhose Größe 1/Netzhose Größe 2 | 15.25.02.0001-1999 |
| **Saugende Inkontinenzhosen** | |
| - Inkontinenzhosen Größe 1, 2 und 3 | 15.25.03.0001-2999 |
| **Externe Urinalableiter** | |
| - Urinal-Kondome/Rolltrichter | 15.25.04.4000-7999 |
| **Urin-Beinbeutel** | |
| - Beinbeutel mit Ablauf, unsteril | 15.25.05.1000-1999 |
| **Urin-Bettbeutel** | |
| - Bettbeutel mit Ablauf, unsteril | 15.25.06.1000-1999 |
| **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 |

**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.

# Besondere Bedingungen für die kleine Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung

**1 Allgemeines**
Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV 2012 und Tarif PV), soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

**2 Voraussetzungen**
2.1 Die Anwartschaftsversicherung kann, vom Versicherungsbeginn 1. Januar 1995 abgesehen, nur in unmittelbarem Anschluss an die Beendigung der privaten Pflegepflichtversicherung in den in Nr. 2.2 genannten Fällen abgeschlossen werden. Sie wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

2.2 Versicherungsberechtigt sind Personen, die vorübergehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.

2.3 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn die Voraussetzungen nach 2.2 nicht mehr vorliegen.

**3 Beiträge**
3.1 Für jede versicherte Person ist ein Monatsbeitrag von 5,61 EUR in Tarifstufe PVN und 4,43 EUR in Tarifstufe PVB zu zahlen.

Besonders vereinbarte Beitragszuschläge zu der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung werden während der Dauer der Anwartschaft nicht erhoben.

3.2 Bei einer Änderung der Beiträge der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 8 b MB/PPV 2012 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung mit Zustimmung des Treuhänders neu festgesetzt.

3.3 Kinder einer in der privaten Pflegepflichtversicherung oder in der Anwartschaftsversicherung versicherten Person, die wegen Einbeziehung in die Familienversicherung gemäß § 25 SGB XI aus der privaten Pflegepflichtversicherung ausscheiden, sind für die Dauer dieser Familienversicherung beitragsfrei in der Anwartschaft der versicherten Person mitversichert.

3.4 Bei Wiederaufleben der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden privaten Pflegepflichtversicherung zahlt die versicherte Person den Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter abzüglich vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Vorversicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung und zuzüglich der vor Beginn der Anwartschaft eventuell vereinbarten Beitragszuschläge. Hat jedoch die versicherte Person ein Anrecht auf Limitierung des Beitrages gemäß § 8 Abs. 5 MB/PPV 2012 bzw. Nr. 3 b) der "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 und § 26 a Abs. 1 SGB XI" oder nach den "Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge mit Versicherten im Basistarif gemäß § 193 Abs. 5 VVG", so zahlt sie maximal den dann gültigen Höchstbeitrag.

**4 Leistungen**
Für die Dauer der Anwartschaftsversicherung besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

**5 Ansprüche aus der Anwartschaftsversicherung**
5.1 Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, bei Wegfall der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder bei Beendigung der Familienversicherung die private Pflegepflichtversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung in Kraft zu setzen.

5.2 Die Zeit der Anwartschaftsversicherung wird auf den Lauf von Wartezeiten und Fristen angerechnet.

5.3 Bei Umwandlung einer privaten Pflegepflichtversicherung, auf die die Zusatzvereinbarungen für Versicherungsverträge gemäß § 110 Abs. 2 SGB XI Anwendung finden, in eine Anwartschaft sowie bei Beginn der Anwartschaftsversicherung am 1. Januar 1995 kommen bei Inkraftsetzen oder Wiederaufleben der privaten Pflegepflichtversicherung diese Zusatzvereinbarungen zur Anwendung.

**6 Ende der Anwartschaftsversicherung**
**6.1 Kündigung**
6.1.1 Der Versicherungsnehmer kann die Anwartschaftsversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

6.1.2 Der Versicherer verzichtet in der Anwartschaftsversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

**6.2 Sonstige Beendigungsgründe**
6.2.1 Mit Beginn oder Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung tritt diese an die Stelle der Anwartschaftsversicherung. Ab diesem Zeitpunkt sind die Beiträge gemäß Nr. 3.4 zu entrichten.

6.2.2 Die Anwartschaftsversicherung endet bei Beendigung der Versicherungspflicht oder der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Sofern in diesem Fall keine Versicherungspflicht in der privaten Pflegepflichtversicherung eintritt, kann die private Pflegepflichtversicherung freiwillig mit den Beiträgen nach Nr. 3.4 fortgesetzt werden.

6.2.3 Die Anwartschaftsversicherung 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.

Bei Tod einer versicherten Person endet insoweit die Anwartschaftsversicherung.

**7 Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung**
Für eine Änderung der Besonderen Bedingungen für die Anwartschaftsversicherung in der privaten Pflegepflichtversicherung gilt § 18 MB/PPV 2012 entsprechend.

1300906.pdf Jan12

**Fassung 01.2012**

SIGNAL 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.

**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 infomieren 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.**

**COMPASS**
**Private Pflegeberatung GmbH**
Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln
www.compass-pflegeberatung.de

**Einfach. Immer. Näher.**

**0 800 - 101 88 00**

**Rufen Sie uns an:**
**montags bis freitags: 8 - 19 Uhr**
**samstags: 10 - 16 Uhr**

1335402.pdf Dez10

# Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht und Angaben gemäß § 19 Abs. 1 VVG

## ● Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 VVG verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer **Vertragserklärung** bzw. **Angebotsanfrage** alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß, vollständig zu beantworten und dabei auch für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und/oder Beschwerden anzugeben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

**Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:**

**Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen, (je nach Verschulden) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsfreiheit des Versicherers (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.**

**Im Einzelnen bedeutet das: Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.**

**Erfolgt ein Rücktritt vom Vertrag, 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.**

**Sofern Sie die Anzeigepflicht leicht fahrlässig verletzen, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.**

**Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend Vertragsbestandteil werden. Das kann zur Leistungsfreiheit führen, und zwar auch rückwirkend.**

**Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.**

**Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.**

## ● Angaben gemäß § 19 Abs. 1 VVG

**Im Folgenden sind die zu beantwortenden Fragen aufgeführt. Diese sind im Antrag/in der Angebotsanfrage zu beantworten.**

| **Angaben zum Versicherungsnehmer (VN) und der zu versichernden Personen** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Anrede | Name, Vorname | Familienstand | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit |
| Straße Hausnummer, PLZ Wohnort (nur für den VN) | | | | |
| Art des Betriebes, der Branche, Behörde, Dienststelle | Berufliche Tätigkeit | | Status | |
| **Wenn Ausbildungstarife beantragt/gewünscht werden** | | | | |
| Dauer der Ausbildung/des Studiums | von | | bis voraussichtlich | |
| **Ggf. nähere Angaben zur Ausbildung** | | | | |
| Die zu versichernde Person absolviert: ein Studium / ein Praktikum / eine Schulausbildung / eine Berufsausbildung | | | | |
| Die o.g. Ausbildung wird ausgeübt in: Vollzeit / Teilzeit | | | | |
| Wird eine Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt ausgeübt? **Nein** / **Ja,** bis zu 20 Stunden wöchentlich / **Ja,** über 20 Stunden wöchentlich | | | | |
| Es handelt sich um eine selbstständige Tätigkeit mit einem monatlichen Einkommen in Höhe von ca. EUR. | | | | |
| **Auslandsaufenthalt/Grenzgänger** | | | | |
| Ist in den nächsten 18 Monaten ein Auslandsaufenthalt für mehr als 6 Monate geplant oder liegt eine Grenzgängereigenschaft vor?<br>**Nein** / **Ja,** Auslandsaufenthalt / **Ja,** Grenzgänger | | | | |
| **Wenn die Tarife (R-)START-B, (R-)KOMFORT-B, (R-)START, (R-)START-PLUS, (R-)KOMFORT, (R-)VO beantragt/gewünscht werden** | | | | |
| **Angabe des Hausarztes**<br>Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes (z. B. Arzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Internist), der im Versicherungsverlauf als „Hausarzt“ in Anspruch genommen werden soll: | | | | |
| **Wenn ein Anspruch auf Beihilfe besteht** | | | | |
| Beihilfeverordnung | seit dem | Beihilfesätze<br>% ambulant | % Regelleistung stationär | % Wahlleistung stationär |
| freie Heilfürsorge und/oder - berücksichtigungsfähiger Angehöriger | | | | |

1200010 Jan12

## Wenn Gesellschafter/Geschäftsführer (nur erforderlich, wenn Krankentagegeldtarife beantragt/gewünscht werden)

Besteht eine Beteiligung am Stammkapital von mindestens 50 %? **ja oder nein** Werden Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt? **nein oder ja**

## Wenn eine Krankentagegeldversicherung (Tarif EKTG, ESP-E, ESP-VA, ESP-VS) für eine zu versichernde Person beantragt/gewünscht wird

**Durchschnittliches Monatsnettoeinkommen aus Erwerbstätigkeit der letzten 12 Monate (in EUR):**

Selbstständig seit (nur für Selbstständige und bei Tarifen mit einem Leistungsbeginn ab dem 8., 15., 22. oder 29. Tag):

Wie viele festangestellte Mitarbeiter beschäftigen Sie regelmäßig (mit Ausnahme von Familienangehörigen) – nur für Selbstständige und bei Tarifen mit einem Leistungsbeginn ab dem 8., 15., 22. oder 29. Tag?

**Ggf. nähere Angaben zum beantragten/gewünschten Krankentagegeld**

Handelt es sich um einen Saisonbetrieb (z. B. Eisladen, Biergarten etc.)? **nein oder ja**

Firmenname und -anschrift

Wann wurde die Firma gegründet?

Anmeldung bzw. Eintragung: beim Gewerbeamt **nein oder ja** / im Handelsregister **nein oder ja** / in Handwerksrolle **nein oder ja**

Wo wird die berufliche Tätigkeit ausgeübt? (z. B. Werkstatt, Büro, Kanzlei, Praxis, beim Kunden etc.)

Tätigkeitsprofil: (z. B. körperlich, kaufmännisch, rein aufsichtsführend, im Außendienst)

Besteht derzeit eine Arbeitsunfähigkeit? **nein oder ja**

Wenn ja: Wegen welcher Krankheiten/Beschwerden oder Unfallfolgen? – Wer hat die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (bitte komplette Anschrift angeben)?

Bestand in den letzten 5 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit, die länger als eine Woche durchgehend dauerte? **nein oder ja**

Wenn ja: Wie oft? Wie lange? – Wegen welcher Krankheiten/Beschwerden oder Unfallfolgen? Wer hat die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (bitte komplette Anschrift angeben)?

Einen Einkommensnachweis füge ich bei/reiche ich nach.

## Fragen zum Gesundheitszustand an die zu versichernden Personen

Angabe je Person Körpergröße: _____ **cm**, Körpergewicht: _____ **kg**

| | |
|---|---|
| Wird eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen) benötigt/getragen? | **nein oder ja** |
| Wenn ja, Dioptrienwerte: rechts/links | |
| Besteht eine Schwangerschaft (falls ja, bitte Kopie des Mutterpasses beifügen)? | **nein oder ja** |
| Wurde eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? | **nein oder ja** |
| Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Körperschäden oder Beschwerden irgendwelcher Art? | **nein oder ja** |
| Erfolgten in den letzten 5 Jahren ambulante Behandlungen, Untersuchungen, Operationen oder wurden sie angeraten? | **nein oder ja** |
| Erfolgten in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalte, Operationen oder wurden sie angeraten? | **nein oder ja** |
| Erfolgte in den letzten 10 Jahren eine ambulante oder stationäre psychiatrische/psychologische Behandlung oder wurde sie angeraten? | **nein oder ja** |
| Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung vorgesehen oder wird sie durchgeführt? | **nein oder ja** |

**Zusätzliche Fragen, wenn eine Absicherung mit Zahnerstattungen oder ein Tarif mit Optionsrecht beantragt/gewünscht wird**

| | |
|---|---|
| Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose, Parodontitis)? | **nein oder ja** |
| Sind Zahnersatz- und/oder Zahnbehandlungsmaßnahmen angeraten (z. B. Inlays, Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate)? | **nein oder ja** |
| Fehlen nicht ersetzte Zähne (außer Lückenschluss/Weisheitszähne) oder sind Zähne überkront oder ersetzt? (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate) | **nein oder ja** |

Wenn ja, Anzahl fehlende Zähne

Wenn ja, Anzahl überkronte Zähne, ersetzte Zähne (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)

**Nähere Angaben über die Gesundheitsverhältnisse:**

Diagnose, Beschwerden, Befund, Medikamente/Dosierung, %-Satz der Erwerbsminderung/der Berufsunfähigkeit:

Behandlung/Untersuchungen ambulant von - bis:

Behandlung/Untersuchungen stationär von - bis:

Erkrankungs-/Behandlungsdaten Operation(en): **nein oder ja** Folgeerscheinungen: **nein oder ja**

Name und Anschrift des Leistungserbringers (z. B. Arztes, Zahnarztes, Heilpraktikers) des Krankenhauses oder Sanatoriums:

**Wenn nur die Tarife PflegePLUS oder PflegeTOP (ggf. mit PflegeSTART, KlinikSTARTpur, KlinikSTART und/oder Tarifen ohne Gesundheitsfragen) beantragt/gewünscht werden**

1. Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____
2. Beziehen Sie Leistungen aus einer Pflegeversicherung oder haben Sie diese Leistungen beantragt? **nein oder ja** (gilt nicht für die Tarife KlinikSTARTpur und KlinikSTART)
3. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt oder erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Alkohol-/Drogenmissbrauch, Asthma bronchiale, Epilepsie, Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), Depression, Diabetes mellitus, Herzinfarkt, Krebserkrankung, Multiple Sklerose, Neurodermitis, Rheumatische Erkrankung, Schlaganfall, Demenz, Alzheimer, Lähmungen, Morbus Parkinson, psychische Erkrankungen, Muskel- oder Knochenschwund, Arthrosen, Arthritis oder Blutgerinnungsstörungen? **nein oder ja**
4. Gilt nur für die Tarife KlinikSTARTpur und KlinikSTART: Erfolgten innnerhalb der letzten 5 Jahre außerdem Behandlungen oder Untersuchungen wegen einer der nachfolgenden Erkrankungen: Aneurysma, Arteriosklerose, Herzklappenerkrankungen, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen des Gehirns, Erkrankungen des Nervensystems, bakterielle Meningitis, Enzephalitis, Hirnblutung, Hepatitis, Lebererkrankungen, Lungenerkrankung, Nierenerkrankungen, Nierenversagen, Verlust großer Extremitäten? **nein oder ja**
5. Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen anderer kontroll- und behandlungsbedürftiger Erkrankungen statt? **nein oder ja**

   Wenn ja: Nähere Angaben zu Frage 5

## Fragen zu Vorversicherungen an die zu versichernden Personen

Besteht oder bestand eine gesetzliche/private Kranken- (GKV/PKV), soziale/private Pflegepflichtversicherung (SPV/PPV) oder wurde eine beantragte/bestehende PKV oder PPV abgelehnt oder gekündigt?

**Wenn ja**

**Versicherung/Vertrag besteht weiterhin oder**
**Versicherung/Vertrag wurde vom Versicherer gekündigt oder**
**Antrag wurde abgelehnt oder**
**Versicherung/Vertrag wurde vom Versicherungsnehmer/von der versicherten Person gekündigt**

| | | |
|---|---|---|
| Art der Versicherung | Krankenkasse **oder**<br>Krankenkasse/Pflegekasse **oder**<br>Gesellschaft/Pflegepflichtversicherung **oder**<br>Gesellschaft/Kasse | abgelehnt am **oder**<br>versichert seit **oder**<br>von - bis **oder**<br>versichert bis |

Krankenhaustagegeld in EUR: Kranken(tage)geld in EUR ab dem wievielten Tag der Arbeitsunfähigkeit: laufend **nein oder ja**

## Ggf. weitere Angaben

Besteht *(für den Antragsteller und die zu versichernden Person(en) mit einer Vollversicherung)* beim derzeitigen privaten Krankenversicherer ein Zahlungsrückstand von mehr als einem Monatsbeitrag? **nein oder ja**

Ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL Krankenversicherung a.G. hinsichtlich meiner Angabe ggf. Nachfrage bei dem bisherigen privaten Krankenversicherer hält.

# Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 10 a Absatz 3 VAG

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.

**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.

**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, Geschlecht 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 eines 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.* Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; anderenfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

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

1320305.pdf Jan09

SIGNAL IDUNA Gruppe

# Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stand: 04.2011

**Vorbemerkung**
Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

**Einwilligungserklärung**
Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und Nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

**Schweigepflichtentbindungserklärung**
Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken-, Unfall- und Pflegepflichtversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen:

**1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer**
Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers/Maklers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

**2 Datenübermittlung an Rückversicherer**
Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

**3 Datenübermittlung an andere Versicherer**
Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

**4 Hinweis- und Informationssystem**
Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken sowie das Bestehen von Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Betroffene, deren Daten in HIS gespeichert werden, werden darüber informiert. Sie haben das Recht, von informa IRFP GmbH Auskunft darüber zu erhalten, ob und mit welchen Daten sie im System gespeichert sind (sog. Selbstauskunft).

Die Kontaktdaten von informa IRFP GmbH sind:

informa insurance risk and fraud prevention GmbH
Rheinstraße 99
76532 Baden-Baden

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

**Kompositversicherung**
(Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Transportversicherung)
Eine Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese Totalschäden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

**Rechtsschutzversicherung**
Verträge werden gemeldet, wenn ungewöhnlich häufig Rechtsschutzfälle gemeldet werden. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zur Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen.

**Lebensversicherung**
Verträge werden ab einer bestimmten Versicherungssumme bzw. Rentenhöhe gemeldet. Außerdem können das Bestehen weiterer risikoerhöhender bzw. für die Leistungsprüfung relevanter Besonderheiten, die aber im Einzelnen nicht konkretisiert werden, gemel-

det werden. Es werden keine Gesundheitsdaten an das HIS gemeldet. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir Anfragen an das HIS stellen. In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen.

Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder - soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

**5 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe**

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheits- und Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Unternehmen an:

SIGNAL Krankenversicherung a. G.
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG
für Handwerk, Handel und Gewerbe
SIGNAL Unfallversicherung a. G.
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG
PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft
ADLER Versicherung AG
SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG
ALLWEST Allgemeine Westfälische Sterbekasse
DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG

DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft
DONNER & REUSCHEL Luxemburg S.A.
DONNER & REUSCHEL TREUHAND-Gesellschaft mbH & Co. KG
HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH
HANSAINVEST LUX S.A.
SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH
SIGNAL IDUNA Bauspar AG
Treuhand Contor Vermögensverwaltungs-Gesellschaft mit beschränkter Haftung

SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft
SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler/Makler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Zur Zeit kooperieren wir mit:

HHG Unterstützungskasse für Handwerk, Handel und Gewerbe e.V.
UBS - Union Bank of Switzerland bzw. deren Gesellschaften: UBS (Deutschland) AG, UBS Invest, UBS Intrag und UBS Anlage-Service GmbH
Nationalbank Essen
Westdeutsche ImmobilienBank (ImmoBank)

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdiensleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

**6 Betreuung durch Versicherungsvermittler/-makler**

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler/Makler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in Finanzdienstleistungen berät. Vermittler/Makler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler/Makler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler/Makler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler/Makler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler/Makler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler/Makler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unsere Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittler-/Maklervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

**7 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte**

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

# Satzung

**Allgemeine Bestimmungen**
**§ 1 Name, Zweck, Sitz**
(1) Die SIGNAL 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 elektronischen 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 15 Mitgliedern.

(2) Die Amtszeit der Mitglieder des Aufsichtsrates läuft bis zur Beendigung der Mitgliedervertreterversammlung, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Hierbei wird das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, 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 und seines Stellvertreters gemäß §§ 70 und 71 des Versicherungsaufsichtsgesetzes,
d) die Bestellung des Verantwortlichen Aktuars gemäß §§ 12 Abs. 2, 11a Abs. 2a 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 28, höchstens 60 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 7 bis 15 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 Landes- oder Filialdirektion 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 § 37 VAG sind mindestens 5 v. H. des Überschusses eines Geschäftsjahres solange zuzuweisen, bis sie 12 1/2 v. H. der durchschnittlichen Jahresbeitragseinnahmen der letzten 3 Jahre beträgt oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht.
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. Über eine Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung bestimmt die Mitgliedervertretung. Als Form der Verwendung kann sie wählen: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.
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 28.07.2011, GZ: VA 16-I 5002-4002-2010/0003.

BaFin

**Bundesanstalt für**
**Finanzdienstleistungsaufsicht**

01.07.2011
GZ: VA 16-I 5473-4002-2011/0001
2011/0370412

**Bestätigung gemäß § 257 Abs. 2a SGB V**

I. Hiermit bestätige ich der

SIGNAL Krankenversicherung a.G.,
Dortmund,

wie mit Schreiben vom 17. Juni 2011 beantragt, folgendes:

Das Versicherungsunternehmen betreibt die Versicherungen der in der Anlage zu dieser Bestätigung aufgeführten Tarife nach den in § 257 Abs. 2a Satz 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) genannten Voraussetzungen, indem es

1. diese Krankenversicherungen nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,

3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,

4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,

BaFin

**Bundesanstalt für**
**Finanzdienstleistungsaufsicht**



5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und

6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

II. Diese Bestätigung gilt für die Wahlleistungstarife BZ-D und BZB-D nur hinsichtlich der ausschließlich privat versicherten Personen.

III. Diese Bestätigung gilt für eine Krankentagegeldversicherung nur, wenn ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht oder wenn eine Vorversicherung nach § 3 (5) Teil 1 (MB/KT 94) anzurechnen ist und der Tarif (Teil III) nichts Anderes bestimmt.

Bei jeder Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der technischen Berechnungsgrundlagen des Tarifs, die eines der Kriterien des § 257 Abs. 2a Satz 1 SGB V betrifft, ist eine neue Bestätigung erforderlich. Die Prüfung, ob die Änderung Auswirkungen auf die Bestätigungsfähigkeit des Tarifs hat, obliegt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Im Auftrag

Isensee

BUNDESANSTALT FÜR FINANZDIENSTLEISTUNGSAUFSICHT 3

SIGNAL IDUNA Gruppe
Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Straße 3
44139 Dortmund
Telefon: (02 31) 1 35-0
Telefax: (02 31) 1 35-46 38

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15–19
20354 Hamburg
Telefon: (0 40) 41 24-0
Telefax: (0 40) 41 24-29 58

Internet: www.signal-iduna.de
E-Mail: info@signal-iduna.de

Immer für Sie da:

SIGNAL IDUNA

Gut zu wissen, dass es SIGNAL IDUNA gibt.