

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

Produktlinie privat

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif START-PLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

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

1 Ambulante Heilbehandlung

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, Diphtherie und Zeckenbiss-Enzephalitis.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen

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

Dazu zählen Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den „Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ und in den „Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien“ des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (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 Abschnitt B 1.1 bis B 1.4

Für ambulante Heilbehandlungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 beträgt die Erstattung des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages

- 100 %, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:
 - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
 - Facharzt für Kinderheilkunde
 - Facharzt für Gynäkologie
 - Facharzt für Augenheilkunde
 - Not- oder Bereitschaftsarzt

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

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

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

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

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 Regelhöchstätzen 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:

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

Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2 Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden 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 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. 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 Gebissanierung 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 gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 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 gemäß Abschnitt B 1 und stationäre Heilbehandlung gemäß Abschnitt B 3 wird ein Selbstbehalt von insgesamt 480 EUR abgezogen. Für Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, halbiert sich dieser Selbstbehalt.

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

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

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 des Versicherers gehören und die im Rahmen der stationären Heilbehandlung maximal die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer und gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen vorsehen.

2 Alterungsrückstellung

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

3 Gesundheitsprüfung

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

4 Information über die Ausübung der Option

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

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

5 Unterbrechung 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 Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten

1 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 § 8a Abs. 2 Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

5 Tarifbezeichnung

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

F Sonstige Bestimmungen

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