Informationen zur **Krankenversicherung** und **Privaten Pflegepflichtversicherung** für **Personen mit Anspruch auf Beihilfe**

SIGNAL Krankenversicherung a. G.
Stand: 01.01.2015

SIGNAL IDUNA
gut zu wissen

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.

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-Informationspflichten-verordnung (VVG-InfoV) sowie weitere Unterlagen nach §§ 19 (1) und 19 (5) VVG

		Seite
☒	Informationen nach § 1 VVG-InfoV	3
☒	Zusätzliche Informationen nach § 3 VVG-InfoV	5
☒	Leistungskurzübersicht der Tarife	6

Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

☒	Teil I Musterbedingungen	
☒	Teil II SIGNAL Tarifbedingungen	9
	Teil III SIGNAL Tarife	
	Beihilfetarife	
☐	START-B, R-START-B	15
	und Informationsblatt zum Tarif (R-)START-B inkl. Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen	21
☐	KOMFORT-B, R-KOMFORT-B	25
☐	KOMFORT-B-W, R-KOMFORT-B-W	32
☐	KOMFORT-B-E, R-KOMFORT-B-E	35
☐	KOMFORT-B-E1, R-KOMFORT-B-E1	38
	und Informationsblatt zu den Tarifen (R-)KOMFORT-B, (R-)KOMFORT-B-W und (R-)KOMFORT-B-E(1) inkl. Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen	41
☐	EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B	46
☐	EXKLUSIV-B-W, R-EXKLUSIV-B-W	53
☐	EXKLUSIV-B-E, R-EXKLUSIV-B-E	56
☐	EXKLUSIV-B-E1, R-EXKLUSIV-B-E1	60
☐	EXKLUSIV-B-ES, R-EXKLUSIV-B-ES	64
	und Informationsblatt zu den Tarifen (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W, (R-)EXKLUSIV-B-E(1)	67
	und (R-)EXKLUSIV-B-ES inkl. Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen	70
☒	Dienstleistungsangebot für die Krankheitskostenvollversicherung (gilt nur für die Tarife: (R-)START-B, (R-)KOMFORT-B, (R-)KOMFORT-B-W, (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W)	73
	Beitragsentlastungstarif	
☐	Besondere Bedingungen zur privaten Beitragsentlastung (peB)	74
	Ergänzungstarife	
☐	AmbulantBASISpur	76
☐	AmbulantSTARTpur	78
☐	AmbulantPLUS, AmbulantPLUSpur	81
☐	ZahnBASISpur	84
☐	ZahnSTARTpur	86
☐	ZahnPLUS, ZahnPLUSpur	89
☐	ZahnTOP, ZahnTOPpur	92
☐	KlinikUNFALLpur	95
	und Informationsblatt zum Tarif KlinikUNFALLpur	97
	Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikUNFALLpur für Sofortschutz-Leistungen	98
	Barleistungstarife	
☐	EKH, R-EKH	100
☐	KurPLUS	101

Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung

Teil I Musterbedingungen
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen 102
Teil III SIGNAL Tarife
☐ ESP-E 108

☐ **Versicherungsbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung**

Teil I Musterbedingungen 110
Teil II Tarif PflegeBAHR 117

Versicherungsbedingungen für die ergänzende Pflegetagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen 118
☐ Teil III SIGNAL Tarif PflegeBAHRPLUS 123
☐ Teil III SIGNAL Tarif PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP 125
Leistungsverzeichnis für Assistanceleistungen und Kostenübernahmeleistungen 127

☐ **Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung** 129

☒ **Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen** 130

☒ **Preisverzeichnis für zahntechnische Leistungen** 136

☐ **Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung**

Teil I Musterbedingungen 139
Teil II Tarif PVN / PVB 148
Zusatzvereinbarungen für Studenten, Fach- und Berufsfachschülern, Praktikanten 151
Anhang Gesetzesauszüge 152
Hilfsmittelverzeichnis 163
Information zur COMPASS-Pflegeberatung 165

☒ **Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 Abs. 5 VVG** 166
und Angaben nach § 19 Abs. 1 VVG (gilt nur für die elektronische Antragstellung)

☒ **Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** 168

☒ **Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe** 169

☒ **Satzung der SIGNAL Krankenversicherung a. G.** 170

☒ **Qualitätsbescheinigung zur Erlangung des Arbeitgeberzuschusses nach § 257 Abs. 2a, Satz 1 SGB V** 173

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 Ulrich Leitermann (Vorsitzender), Martin Berger, Dr. Karl-Josef Bierth, Michael Johnigk, Dr. Stefan Kutz, Michael Petmecky, Clemens Vatter, Prof. Dr. Markus Warg

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Reinhold Schulte

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.

Fassung 01.2015

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 für Personen mit Anspruch auf Beihilfe

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

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

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

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

Zusätzlich werden für die Versicherten die Zinsen aus der Alterungsrückstellung, die über den einkalkulierten Rechnungszins hinausgehen, zu 90 % gutgeschrieben.

Aus dem Vorsorgezuschlag und aus den Überschüssen entstehen somit während der Laufzeit des Krankenversicherungsvertrages erhebliche Mittel, die ab dem vollendeten 65. Lebensjahr zur teilweisen oder vollen Finanzierung erforderlicher Beitragserhöhungen eingesetzt werden. Für den einzelnen Versicherten hängt die konkrete Höhe der zur Finanzierung vorhandenen Mittel jedoch von einer Vielzahl von Faktoren ab - insbesondere auch vom jeweils zurückgelegten Vertragsverlauf. Je nach Umfang der vorhandenen Mittel kann ab Alter 65 eine weitestgehende Beitragsstabilität erreicht werden. Sogar effektive Beitragssenkungen können vorkommen. Nach dem derzeitigen Willen des Gesetzgebers ist dies aber erst ab dem vollendeten 80. Lebensjahr möglich.

Eine Reduzierung des Beitrags kann ggf. durch eine Umstufung in andere Tarife oder durch eine Erhöhung des Selbstbehaltes erreicht werden, wodurch es aber auch zu geringeren Leistungen gegenüber dem bisherigen Leistungsumfang kommen kann.

Ältere Vollversicherte, deren Krankheitskostenvollversicherungsvertrag bis zum 31.12.2008 geschlossen wurde, haben unter bestimmten Voraussetzungen zudem die Möglichkeit einen Wechsel in den Standardtarif vorzunehmen und erhalten hierüber eine Höchstbeitragsgarantie. Der Standardtarif beinhaltet mit der GKV vergleichbare Leistungen und stellt sicher, dass jede versicherte Person niemals mehr zu zahlen hat, als den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV. Für Ehepaare gilt unter bestimmten Voraussetzungen sogar eine gemeinsame Beitragsbegrenzung auf den 1,5-fachen Höchstbeitrag.

Daneben besteht für diese Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen und zudem für Personen, die sich ab 2009 neu versichert haben, die Möglichkeit in den Basistarif zu wechseln, der dem Leistungsniveau der GKV entspricht. Wie im Standardtarif wird der Beitrag dieses Tarifs auf den allgemeinen GKV-Höchstbeitrag begrenzt.

Besteht für die Versicherten im Basistarif Hilfebedürftigkeit im Sinne SGB II oder XI, gibt es die Möglichkeit 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 festgelegtem Umfang übertragen. Der Anspruch auf Beitragsrückerstattungen geht Ihnen zudem verloren.

1325606 .pdf Okt12

Fassung 10.2012

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.

Beihilfetarife	
(R-) START-B	Beihilfe-Kompakttarif Die tarifliche Leistung ergibt sich aus der Multiplikation des erstattungsfähigen Betrages mit dem versicherten Erstattungsprozentsatz. Erstattungsfähig sind: 100 % 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 % für stationäre (freie Krankenhauswahl, allgemeine Krankenhausleistungen) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 90 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht.
(R-) KOMFORT-B	Kompakttarif für Personen mit Anspruch auf Beihilfe Die tarifliche Leistung ergibt sich aus der Multiplikation des erstattungsfähigen Betrages mit dem versicherten Erstattungsprozentsatz. Erstattungsfähig sind: 100 % 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 % für stationäre (freie Krankenhauswahl, allgemeine Krankenhausleistungen) und zahnärztliche Behandlung. Bis zu 100 % für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) und bis zu 100 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht.
(R-) KOMFORT-B-W	Stationärer Ergänzungstarif für Personen mit Anspruch auf Beihilfe Erstattung für Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung entsprechend des versicherten Erstattungsprozentsatzes; Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht.
(R-) KOMFORT-B-E, **(R-) KOMFORT-B-E1**	Ergänzungstarif für Personen mit Anspruch auf Beihilfe Prozentuale Erstattung abzüglich der Beihilfe für: Zahntechnische Leistungen, Sehhilfen, Heilpraktikerleistungen, vorbeugende Schutzimpfungen im Zusammenhang mit Auslandsreisen, 100 % für Heilbehandlung bei Auslandsreisen unabhängig vom versicherten Erstattungsprozentsatz.
(R-) EXKLUSIV-B	Kompakttarif für Personen mit Anspruch auf Beihilfe Die tarifliche Leistung ergibt sich aus der Multiplikation des erstattungsfähigen Betrages mit dem versicherten Erstattungsprozentsatz. Erstattungsfähig sind: 100 % für ambulante ärztliche Behandlung, stationäre (freie Krankenhauswahl, allgemeine Krankenhausleistungen), zahnärztliche Behandlung und Kieferorthopädie. Bis zu 100 % für Zahnersatz. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht.
(R-) EXKLUSIV-B-W	Stationärer Ergänzungstarif für Personen mit Anspruch auf Beihilfe Erstattung für Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung entsprechend des versicherten Erstattungsprozentsatzes; Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistungen. Dieser Tarif beinhaltet ein Optionsrecht.
(R-) EXKLUSIV-B-E, **(R-) EXKLUSIV-B-E1**	Ergänzungstarif (Restkosten) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe Prozentuale Erstattung abzüglich der Beihilfe für: Zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen, Sehhilfen, Heilpraktikerleistungen, Hilfsmittel, vorbeugende Schutzimpfungen im Zusammenhang mit Auslandsreisen, 100 % für Heilbehandlung bei Auslandsreisen unabhängig vom versicherten Erstattungsprozentsatz.
(R-) EXKLUSIV-B-ES	Ergänzungstarif für stationäre Leistungen (Restkosten) für Personen mit Anspruch auf Beihilfe Prozentuale Erstattung abzüglich der Beihilfe für: Stationäre privatärztliche Behandlung, Differenz zwischen Einbett- und Zweibettzimmerzuschlag und Rücktransport aus dem Ausland. Zusätzliches Krankenhaustagegeld.
Beitragsentlastungstarif	
peB	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.
Ergänzungstarife	
KlinikUNFALLpur	Stationäre Zusatzversicherung nach Unfällen 100 % Erstattung für das Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung; Ersatz-Krankenhaustagegeld, Krankenhauszuzahlung, Einweisungsklausel. Ferner beinhaltet der Tarif Assistanceleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.
AmbulantBASISpur	Ambulante Zusatzversicherung Erstattet werden - 100 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen (für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung, allgemeine Vorsorge) und reisemedizinische Schutzimpfungen bis max. 125 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren - 100 % der Kosten für gesetzliche Zuzahlungen bis max. 125 EUR je Kalenderjahr - 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland (Auslandsreise-Krankenversicherung) bis 8 Wochen Reisedauer. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

Ergänzungstarife (Fortsetzung)	
AmbulantSTARTpur	Ambulante Zusatzversicherung Erstattet werden - 100 % der Kosten für Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) bis max. 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren (alternativ 500 EUR für LASIK-/ LASEK-Operation) - 100 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen (für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung, allgemeine Vorsorge) und reisemedizinische Schutzimpfungen bis max. 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren - 80 % der Kosten für Heilpraktikerleistungen, Naturheilkunde durch Ärzte und Arzneimittel bis max. 250 EUR je Kalenderjahr - 100 % der Kosten für Hilfsmittel bis max. 250 EUR je Kalenderjahr - 100 % der Kosten für gesetzliche Zuzahlungen bis max. 250 EUR je Kalenderjahr - 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland (Auslandsreise-Krankenversicherung) bis 8 Wochen Reisedauer. Ferner bietet der Tarif ein Optionsrecht. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.
AmbulantPLUS(pur)	Ambulante Zusatzversicherung Erstattet werden - 100 % der Kosten für Sehhilfen (Brillen oder Kontaktlinsen) bis max. 375 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren (alternativ 1.000 EUR für LASIK-/ LASEK-Operation) - 100 % der Kosten für Vorsorgeuntersuchungen (für Kinder und Jugendliche, Schwangerschaftsvorsorge, Krebsfrüherkennung, allgemeine Vorsorge) und reisemedizinische Schutzimpfungen bis max. 750 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren - 80 % der Kosten für Heilpraktikerleistungen, Naturheilkunde durch Ärzte und Arzneimittel bis max. 750 EUR je Kalenderjahr - 100 % der Kosten für Hilfsmittel bis max. 750 EUR je Kalenderjahr - 100 % der Kosten für gesetzliche Zuzahlungen bis max. 250 EUR je Kalenderjahr - 100 % der Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland (Auslandsreise-Krankenversicherung) bis 8 Wochen Reisedauer. Die Beiträge des Tarifs AmbulantPLUSpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.
ZahnBASISpur	Zahnärztliche Zusatzversicherung Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung: - 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV - 50 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen - 50 % der Kosten für Zahnbehandlung - 50 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor 21. Lebensjahr beginnt) bis zu max. 2.000 EUR je Kalenderjahr. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.
ZahnSTARTpur	Zahnärztliche Zusatzversicherung Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung: - 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV - 50 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen - 50 % der Kosten für Zahnbehandlung - 50 % der Kosten für Zahnprophylaxe (inkl. professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro je Kalenderjahr (ab Vollendung des 21. Lebensjahres) - 50 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt) bis zu max. 2.000 EUR je Kalenderjahr. Ferner bietet der Tarif ein Optionsrecht. Die Beiträge beinhalten keine Alterungsrückstellungen.
ZahnPLUS(pur)	Zahnärztliche Zusatzversicherung Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung: - 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV - 70 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen - 70 % der Kosten für Zahnbehandlung - 70 % der Kosten für Zahnprophylaxe (inkl. professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro je Kalenderjahr (ab Vollendung des 21. Lebensjahres) - 70 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt) bis zu max. 4.000 EUR je Kalenderjahr. Ferner bietet der Tarif ein Optionsrecht. Die Beiträge des Tarifs ZahnPLUSpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.
ZahnTOP(pur)	Zahnärztliche Zusatzversicherung Versichert sind, unter Anrechnung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der (Heil-)Fürsorgeleistungen bis zum Höchstsatz der jeweils gültigen Gebührenordnung: - 100 % der Kosten für Zahnersatz-Regelversorgung der GKV - 90 % der Kosten für höherwertige Zahnersatz-Versorgung sowie implantologische Leistungen - 90 % der Kosten für Zahnbehandlung - 90 % der Kosten für Zahnprophylaxe (inkl. professionelle Zahnreinigung) bis zu einem Rechnungsbetrag von 150 Euro je Kalenderjahr (ab Vollendung des 21. Lebensjahres) - 90 % der Kosten für Kieferorthopädie (wenn Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres beginnt). Die Beiträge des Tarifs ZahnTOPpur beinhalten keine Alterungsrückstellungen.

Barleistungstarife	
(R-) EKH	Krankenhaustagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes.
PflegeBAHR	Geförderte ergänzende Pflegeversicherung Pflegemonatsgeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 %, in der Pflegestufe I 30 % und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) in Höhe von 10 % des versicherten Monatssatzes. Es ist eine Wartezeit von 5 Jahren zu erfüllen. Diese entfällt bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit.
PflegeBAHRPLUS	Ergänzungstarif zur geförderten ergänzenden Pflegeversicherung (PflegeBAHR) Pflegemonatsgeld bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der Pflegestufe III 100 %, in der Pflegestufe II 70 %, in der Pflegestufe I 30 % und bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Pflegestufe 0) in Höhe von 10 % des versicherten Monatssatzes. Für die Dauer, in der kein Leistungsanspruch aufgrund der Wartezeit aus dem Tarif PflegeBAHR besteht, verdoppeln sich die genannten Leistungen. Eine Beitragsbefreiung und Einmalzahlung in Höhe von 3 Monatssätzen erfolgt bei Pflegestufe III. Ferner beinhaltet der Tarif Assistanceleistungen. Hierzu gehören beispielsweise: Beratung rund um die Pflege, Pflegeheimplatzgarantie, Vermittlung von Pflegediensten, Begleit- und Menüservice, Haushaltshilfen, Pflegeschulung für Angehörige, Reha-Management.
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 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. 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-E	Krankentagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes ab dem vereinbarten Tag der Arbeitsunfähigkeit.
KurPLUS	Kurtagegeld in Höhe des gewünschten Tagessatzes für ambulante und stationäre Kuren.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

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 nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 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. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

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 Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von 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.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II 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 den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(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 VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II 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. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 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 von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 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.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Teil III Tarife START-B und R-START-B Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

START-B

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung

100 % ambulante Arztbehandlung wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankungen (sonst 75 % bis 500 EUR pro Kalenderjahr)
75 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

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

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

Stationäre Heilbehandlung

100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL 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 Tarifliche 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 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
2.7 Heil- und Kostenplan

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
4.3 Entziehungsmaßnahmen

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

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Fassung 01.2014

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife START-B mit den Tarifstufen 50/30/20/20V und R-START-B mit den Tarifstufen 100/50/30/20 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § Teil I und Teil II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder, können die Tarifstufe START-B 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe START-B 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe START-B 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

START-B (nicht als 100), R-START-B (nicht als 20V)					
Tarifstufe	100	50	30	20V	20
Erstattungs-prozentsatz	100	50	30	20	20

Berechnungsbeispiel:
Versichert: Tarifstufe START-B 50
Eingereicht: Heilpraktikerrechnung über 250,- EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.
Es gilt: 75 % von 250,- EUR = 187,50 EUR, davon 50 %
= 93,75 EUR Erstattungsbetrag.

B Leistungsumfang und Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Behandlung erstattungsfähig:

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

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

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

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

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

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

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

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) 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 Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Tarifliche Leistung nach 1.1 bis 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 sind die folgenden bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze zur Ermittlung der tariflichen Leistung relevant.

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

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

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

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

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

Für Arzneimittel gemäß Abschnitt B 1.4 sind berücksichtigungsfähig:
- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird,
- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird, weil im Zusammenhang mit der Einnahme des Generikums nachgewiesene schwere allergische Reaktionen auftreten oder aufgrund einer nachgewie-

senen Allergie gegen einen der Trägerstoffe zu befürchten sind, soweit diese allergischen Reaktionen lebensbedrohlich oder von Umfang und Schwere her geeignet sind, eine nachhaltige Gesundheitsstörung zu verursachen,
- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, sofern nicht auf vorhandene Generika zurückgegriffen wird und es sich um Notfall- oder Unfallbehandlungen handelt,
- 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages in allen übrigen Fällen.

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

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wäre.

1.7 Sehhilfen
Für Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

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

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

Zu berücksichtigen ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR pro Kalenderjahr. Darüber hinaus sind Heilmittel zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % zu berücksichtigen, wenn sie in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet wurden:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.9 Ambulante Transportkosten
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten medizinisch notwendiger Notfall- und Unfalltransporte, Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Kosten sind für bis zu 50 Sitzungen im Kalenderjahr erstattungsfähig. Ab der 31. Sitzung innerhalb eines Kalenderjahres ist eine vorherige schriftliche Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. erforderlich.

1.11 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt B 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 75 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr. Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

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

1.12 Häusliche Behandlungspflege
Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnprophylaxe
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Berücksichtigungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

2.2 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

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

Ab dem fünften Versicherungsjahr maximal 4.000 EUR pro Versicherungsjahr.

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

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, rät die SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G..

3 Stationäre Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Behandlung die nachfolgend gemäß Abschnitt B 3.1 und B 3.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ebenfalls berücksichtigungsfähig 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 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht erstattungsfähig.

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

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
a) Zeitpunktbezogene Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif START-B, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif START-B ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung angebotenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option
Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung gemäß Abschnitt C 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherren über den Laufbahnwechsel (Dienstherrenbescheid) in Kopie beizufügen.

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

3 Gesundheitsprüfung
Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 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 gemäß Abschnitt C 1 a) genannten 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 nur mit dem gemäß Abschnitt C 1 b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung auf Grund eines der gemäß Abschnitt C 1 b) genannten Ereignisse erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

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

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1 a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-START-B

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

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungszeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif START-B fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-START-B 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-START-B weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)START-B darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif KlinikUNFALLpur der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

KHEntgG Krankenhausentgeltgesetz

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

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

SGB VI: Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III Tarife START-B und R-START-B

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

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B
Bestattungskosten (B 4.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

C/D/E

Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Entziehungsmaßnahmen (B 4.3)
Ergotherapie (B 1.8)

F
Fahrtkosten (B 3.2)

G
Generika (B 1.5)
Gnathologie (B 2.4.1)

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

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

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankentransportkosten (B 3.2)

L
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

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

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.10)

R
Regelleistungen (B 3.1)

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

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 4.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wartezeiten (A 2)

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

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zu den Krankheitskostentarifen (R-)START-B

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

1. Wie werden Leistungen nach den Beihilfetarifen (R-)START-B erstattet?
Die nachfolgend beschriebenen Leistungen werden in der jeweils versicherten Tarifstufe zu folgendem Prozentsatz erstattet:

Tarifstufe	Erstattung
R-START-B 100	100 %
START-B 50, R-START-B 50	50 %
START-B 30, R-START-B 30	30 %
START-B 20, R-START-B 20	20 %
START-B 20V	20 %

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

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

3. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) aufgeführten Gebührensätze (Einfachsätze) einzelner Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens mit einem Faktor multipliziert werden, der die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand und die Umstände bei der Ausführung der Leistung ausdrückt.

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

- für die persönlich-ärztlichen Leistungen vom Einfachen bis zum 3,5fachen (=Höchstsatz),
- für die medizinisch-technischen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil vom Einfachen bis zum 2,5fachen und
- für Laborleistungen vom Einfachen bis zum 1,3fachen des Gebührensatzes vor.

In der Regel darf eine Gebühr für persönliche Leistungen nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen sein. Ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (=Schwellenwert) ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

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

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

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

5. Welche Vorsorgeuntersuchungen werden bezahlt?
Die Tarife (R-)START-B leisten neben den gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie" den 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.

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

7. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Die Erstattung beträgt 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe beträgt die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres 375 EUR.

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

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

*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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge:

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

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

20. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Nein, aber sollten die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 1.500 EUR übersteigen, raten wir Ihnen einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung einzureichen, damit Sie einen Überblick über die zu erwartende Kostenerstattung erhalten.

21. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer.

22. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für die Tarife (R-)START-B besteht kein absoluter Selbstbehalt.

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

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

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

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

Einmal innerhalb von zwei Jahren kann folgende Untersuchung erfolgen.

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

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

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen

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

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

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

Tastuntersuchung des Enddarms

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

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

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

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

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

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

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)
Anspruch besteht alle zwei Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien.

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

ggf. mit

Ziffer 1 GOÄ Beratung, auch telefonisch

Alternativ erkennen wir ebenfalls an:

Ziffer 1000 GOZ Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen

Ziffer 1010 GOZ Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung

Ziffer 1020 GOZ Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung mit Lack oder Gel

Ziffer 1030 GOZ Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger je Kiefer

Ziffer 1040 GOZ Professionelle Zahnreinigung

1351601.pdf Jan13 Seite 4 von 4

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Teil III Tarife KOMFORT-B und R-KOMFORT-B Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

KOMFORT-B

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung

100 % ambulante Arztbehandlung, wenn Erstbehandlung durch Hausarzt, Kinderarzt, Gynäkologe, Augenarzt oder Notarzt - einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel-Generikaerstattung (75 % bei Originalpräparaten)
100 % Hilfsmittel
100 % Heilmittelerstattung im Fall schwerer Erkrankung (sonst 75 %)
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr

Zahnärztliche Behandlung

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

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

Stationäre Heilbehandlung

100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL 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 Tarifliche 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 Ambulante Operationen
1.13 Häusliche Behandlungspflege

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

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.3 Begleitperson bei Kindern
3.4 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
4.3 Entziehungsmaßnahmen

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

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Fassung 01.2014

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B mit den Tarifstufen 50/45/40/35/30/25/20V/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 und R-KOMFORT-B mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder, können die Tarifstufe KOMFORT-B 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe KOMFORT-B 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe KOMFORT-B 20V wird über diesen Zeitraum hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen für die Leistungen gemäß Abschnitt B:

KOMFORT-B (nicht als 100), R-KOMFORT-B (nicht als 20V)									
Tarifstufe	100	50	45	40	35	30	25	20V	20
Erstattungsprozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	20

KOMFORT-B, R-KOMFORT-B							
Tarifstufe	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 1 und B 2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3	50	45	40	35	30	25	20
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 3, B 4.1 und B 4.2 sowie stationär erbrachte Leistungen nach B 4.3	35	30	25	20	15	15	15

Berechnungsbeispiel:
Versichert: Tarifstufe KOMFORT-B 50

Eingereicht: Heilmittelrechnung über 250,- EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.
Es gilt: 75 % von 250,- EUR = 187,50 EUR,
davon 50 % = 93,75 EUR Erstattungsbetrag.

Wird die ambulante Operationspauschale gemäß Abschnitt B 1.12 beansprucht, dann werden von der Pauschale über 200 EUR aufgrund der Tarifstufe 50 % = 100 EUR zur Verfügung gestellt.

B Leistungsumfang und Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

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

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

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

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

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

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. 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 Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Tarifliche Leistung nach 1.1 bis 1.4
Für ambulante Heilbehandlungen gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 sind die folgenden bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze zur Ermittlung der tariflichen Leistung relevant.

- 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung durch einen der folgenden Ärzte erfolgt:
  - Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt, Internist)
  - Facharzt für Kinderheilkunde
  - Facharzt für Gynäkologie

- Facharzt für Augenheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsarzt

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

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

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

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

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

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

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wäre

1.7 Sehhilfen
Für Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 75 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Sind die aufgeführten Heilmittel in Verbindung mit einer der folgenden schweren Erkrankungen verordnet worden, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % zu berücksichtigen:

Krebs (bösartige Neubildungen), dialysepflichtiges Nierenversagen, Multiple Sklerose, rheumatoide Arthritis, Alzheimer Krankheit, Morbus Parkinson, Verlust von großen Gliedmaßen, Schädelhirntrauma, Querschnittslähmung, Kinderlähmung, Verbrennungen, Schlaganfall, Wirbelkörperfraktur, amyotrophe Lateralsklerose, Arthrose im Knie bzw. der Hüfte, Morbus Bechterew, Mukoviszidose.

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

1.9 Ambulante Transportkosten
Berücksichtigungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.10 Psychotherapeutische Behandlungen
Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

1.11 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt B 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr. Geleistet wird auch für Methoden, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

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

1.12 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, werden aus dem Tarif KOMFORT-B oder R-KOMFORT-B 200 EUR je Operation bzw. Eingriff zur Verfügung gestellt. Die Zahlung erfolgt zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1. Der Betrag vermindert sich in Abhängigkeit zur versicherten Tarifstufe (siehe Abschnitt A 3).

1.13 Häusliche Behandlungspflege
Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich ange-

ordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnprophylaxe
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Berücksichtigungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

2.2 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann in keinem Fall erreicht werden.

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

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

2.6 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 bis B 2.5 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

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

Ab dem fünften Versicherungsjahr maximal 5.000 EUR pro Versicherungsjahr.

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

2.7 Heil- und Kostenplan
Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 1.500 EUR übersteigt, rät die SIGNAL Krankenversicherung a. G. vor Beginn der Behandlung einen Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt die SIGNAL Krankenversicherung a. G..

3 Stationäre Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Behandlung die nachfolgend gemäß Abschnitt B 3.1 und B 3.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze und Leistungen gemäß Abschnitt B 3.3 und B 3.4.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ebenfalls berücksichtigungsfähig 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 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. -entbindungspflegern.

3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

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

3.4 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif KOMFORT-B, auch die gesondert berechenbaren Kosten für

die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von vier Wochen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf max. 80 EUR pro Tag.

Voraussetzungen sind:
- bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und
- die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Diese Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um
- ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
- eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
- eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht

handelt.

4 Sonstige Leistungen

4.1 Krankentransport aus dem Ausland

Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland

Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht erstattungsfähig.

4.3 Entziehungsmaßnahmen

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

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option

a) Zeitpunktbezogene Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif KOMFORT-B, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif KOMFORT-B ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung angebotenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option

Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung gemäß Abschnitt C 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherren über den Laufbahnwechsel (Dienstherrenbescheid) in Kopie beizufügen.

2 Alterungsrückstellung

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

3 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 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 gemäß Abschnitt C 1 a) genannten 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 nur mit dem gemäß Abschnitt C 1 b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung auf Grund eines der gemäß Abschnitt C 1 b) genannten Ereignisse erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung/Entfall des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 a) entsprechend verlängern.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1 a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)

Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

2 Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 8 b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B

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

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif KOMFORT-B fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-KOMFORT-B 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-KOMFORT-B weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT-B darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)KOMFORT-B-W, (R-)KOMFORT-B-E oder (R-)KOMFORT-B-E1 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

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

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

SGB VI: Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III

Tarife KOMFORT-B und R-KOMFORT-B

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

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.12)
Ambulante Transportkosten (B 1.9)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B
Bestattungskosten (B 4.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.8)
Brillen (B 1.7)

C/D/E

Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.8)
Entziehungsmaßnahmen (B 4.3)
Ergotherapie (B 1.8)

F
Fahrtkosten (B 3.2)

G
Generika (B 1.5)
Gnathologie (B 2.4.1)

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

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

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.7)
Krankengymnastik (B 1.8)
Krankentransportkosten (B 3.2)

L
Lichttherapie (B 1.8)
Logopädie (B 1.8)

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

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.10)

R
Regelleistungen (B 3.1)

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

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 4.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wartezeiten (A 2)

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

Teil III Tarife KOMFORT-B-W und R-KOMFORT-B-W Krankheitskostentarife für stationäre Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

KOMFORT-B-W

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Stationäre Heilbehandlung
100 % Chefarztbehandlung
100 % Zweibettzimmer
30 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Chefarztbehandlung
20 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft im Zweibettzimmer

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Wahlärztliche Leistungen
2 Stationäre Unterbringung im Zweibettzimmer
3 Krankenhaustagegeld

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
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

1352802.pdf Jan14 Seite 1 von 3

Fassung 01.2014

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/25/20V/ 20/15 und R-KOMFORT-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/ 25/20/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe KOMFORT-B-W 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe KOMFORT-B-W 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe KOMFORT-B-W 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

KOMFORT-B-W, R-KOMFORT-B-W (nicht als 20V)								
Tarifstufe	100	50	35	30	25	20	20V	15
Erstattungs-prozentsatz	100	50	35	30	25	20	20	15

Wird Krankenhaustagegeld gemäß Abschnitt B 3 beansprucht, dann werden die genannten Beträge in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe KOMFORT-B-W 50
50 % von 30 EUR = 15 EUR

B Leistungsumfang und Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ärztliche Leistungen
Berücksichtigungsfähig sind zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten. Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V, die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind ebenfalls berücksichtigungsfähig.

2 Stationäre Unterbringung im Zweibettzimmer
Berücksichtigungsfähig zu 100 % sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

3 Krankenhaustagegeld
Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß B 1 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR. Wird keine Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR. Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert und hat den Tarif KOMFORT-B-W allein versichert als teilweise beihilfeberechtigter (berücksichtigungsfähiger) Ehegatte oder Kind oder ist sie heilfürsorgeberechtigt, so hat die versicherte Person bei Entfall der Versicherungspflicht oder der Heilfürsorge das Recht ohne Gesundheitsprüfung den Versicherungsschutz bedarfsgerecht um die Tarife KOMFORT-B und KOMFORT-B-E oder KOMFORT-B-E1 zu erweitern. Sofern für die versicherte Person die Versicherungspflicht entfällt und auch kein Heilfürsorge- oder Beihilfeanspruch besteht, hat sie das Recht ohne Gesundheitsprüfung bedarfsgerecht in die Tarife KOMFORT oder KOMFORT-PLUS der Produktlinie privat Unisex der SIGNAL Krankenversicherung a. G. umzustellen.

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

3 Gesundheitsprüfung
Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung.

§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Beitragszuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Frist zur Ausübung der Option
Soweit eine Umstellung aufgrund eines der in Abschnitt C 1 genannten Ereignisse erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

5 Unterbrechung des Optionsrechts
Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif nach den Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten geführt wird.

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1 dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und verfällt.

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

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B-W

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

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif KOMFORT-B-W fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-KOMFORT-B-W 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-KOMFORT-B-W weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT-B-W darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)KOMFORT-B und (R-)KOMFORT-B-E bzw. (R-)KOMFORT-B-E1 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. sowie eine gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorgeberechtigung bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen privaten Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden. In Bezug auf die Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gilt diese Einschränkung nicht für in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und Heilfürsorgeberechtigte.

Teil III Tarife KOMFORT-B-E und R-KOMFORT-B-E Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

KOMFORT-B-E

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Behandlung durch Heilpraktiker
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz

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

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Behandlung durch Heilpraktiker
1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahntechnische Leistungen
2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr

3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Fassung 01.2013

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 und R-KOMFORT-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie Beihilfeansprüche nach einer Beihilfevorschrift bzw. -verordnung besitzen.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als "100" betragen.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

KOMFORT-B-E, R-KOMFORT-B-E				
Tarifstufe	80	70	50	30
Erstattungs-prozentsatz	80	70	50	30

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

B Leistungsumfang und Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Behandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

1.2 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr.

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

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

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

1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2 Zahnärztliche Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1.1 und B 2.1.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahntechnische Leistungen
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays).

2.1.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für zahntechnische Leistungen für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.1.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann in keinem Fall erreicht werden.

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

2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

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

Ab dem fünften Versicherungsjahr maximal 5.000 EUR pro Versicherungsjahr.

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

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %.

Hierzu gehören:
- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif KOMFORT-B-E zusammen mit dem Tarif KOMFORT-B versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus dem Tarif KOMFORT-B, es sei denn die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus KOMFORT-B.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B-E

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-KOMFORT-B-E noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach den bestehenden Beihilfetarifen fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-KOMFORT-B) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT-B-E darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)KOMFORT-B und (R-)KOMFORT-B-W der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Teil III Tarife KOMFORT-B-E1 und R-KOMFORT-B-E1 Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

KOMFORT-B-E1

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Behandlung durch Heilpraktiker
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz

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

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Behandlung durch Heilpraktiker
1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen
2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahntechnische Leistungen
2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Fassung 01.2013

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife KOMFORT-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 und R-KOMFORT-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, deren Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten von mindestens 50 Prozent vorsieht. Entfällt die Versicherungsfähigkeit (Änderung der Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten auf weniger als 50 Prozent), so ist, auch bei verspäteter Anzeige, ab dem Zeitpunkt des Fortfalls der Versicherungsfähigkeit eine Umstellung in den Tarif KOMFORT-B-E vorzunehmen. Die erworbenen Rechte bleiben dabei erhalten.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als "100" betragen.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem ermittelten erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

KOMFORT-B-E1, R-KOMFORT-B-E1								
Tarifstufe	80	75	70	65	60	55	50	30
Erstattungs-prozentsatz	80	75	70	65	60	55	50	30

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

B Leistungsumfang und Leistungen der SIGNAL-Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Behandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 150 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 300 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

1.2 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr.

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

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

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

1.3 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2 Zahnärztliche Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1.1 und B 2.1.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahntechnische Leistungen
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für besonders berechnete zahntechnische Labor- und Materialkosten bis zur mittleren Preislage bei der Versorgung mit Zahnersatz, Einzelkronen und Einlagefüllungen (Inlays).

2.1.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für zahntechnische Leistungen für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.1.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen solchen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann in keinem Fall erreicht werden.

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

2.2 Zahnhöchstsätze im Versicherungsjahr
Für Abschnitt B 2.1 beträgt der erstattungsfähige Rechnungsbetrag:

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

Ab dem fünften Versicherungsjahr maximal 5.000 EUR pro Versicherungsjahr.

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

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %.

Hierzu gehören:
- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif KOMFORT-B-E1 zusammen mit dem Tarif KOMFORT-B versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus dem Tarif KOMFORT-B, es sei denn die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus KOMFORT-B.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-KOMFORT-B-E1

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-KOMFORT-B-E1 noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach den bestehenden Beihilfetarifen fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-KOMFORT-B) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)KOMFORT-B-E1 darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)KOMFORT-B und (R-)KOMFORT-B-W der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zu den Krankheitskostentarifen

(R-)KOMFORT-B, (R-)KOMFORT-B-W, (R-)KOMFORT-B-E(1)

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

1. Wie werden Leistungen nach dem Beihilfetarif (R-)KOMFORT-B erstattet?
Die nachfolgend beschriebenen Leistungen werden in der jeweils versicherten Tarifstufe zum entsprechenden Prozentsatz erstattet. Die numerische Bezeichnung des Tarifs entspricht dabei dem versicherten Erstattungsprozentsatz nach folgenden Beispielen:

Tarifstufe	Erstattung
(R-)KOMFORT-B 100	100 %
(R-)KOMFORT-B 30	30 %
(R-)KOMFORT-B-E 70	70 %

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

3. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) aufgeführten Gebührensätze (Einfachsätze) einzelner Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens mit einem Faktor multipliziert werden, der die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand und die Umstände bei der Ausführung der Leistung ausdrückt.

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

- für die persönlich-ärztlichen Leistungen vom Einfachen bis zum 3,5fachen (=Höchstsatz),
- für die medizinisch-technischen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil vom Einfachen bis zum 2,5fachen und
- für Laborleistungen vom Einfachen bis zum 1,3fachen des Gebührensatzes vor.

In der Regel darf eine Gebühr für persönliche Leistungen nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen sein. Ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (=Schwellenwert) ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

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

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

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

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

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

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

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

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E(1) versichert, dann werden die in Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen und nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff erstattet.

7. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe beträgt die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres 500 EUR.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E oder (R-)KOMFORT-B-E1 versichert, dann sind zusätzlich nach Vorleistung der Beihilfe verbleibende Aufwendungen nach Maßgabe des vorherigen Absatzes berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistung der SIGNAL Krankenversicherung a.G. und der Beihilfe ergeben maximal den o.g. Betrag für Heilpraktikerleistungen von 500 EUR.

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

*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.

von ihnen angeordnet und überwacht wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Ab der 31. Sitzung ist eine schriftliche Zusage durch uns erforderlich. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr der Versicherung bleibt die Erstattung bei 100 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 80 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E(1) versichert, dann sind zusätzlich die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen der zahntechnischen Laborkosten nach den Zahnhöchstsätzen berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistungen der SIGNAL Krankenversicherung a.G. und der Beihilfe ergeben maximal den Gesamtbetrag der erstattungsfähigen zahntechnischen Laborkosten.

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

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

19. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Ja, die zahnärztlichen Leistungen sind begrenzt. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe gelten folgende erstattungsfähige Rechnungsbeträge:

Im ersten Versicherungsjahr	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 ab dem 10. Versicherungsjahr oder bei Unfall.

20. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Nein, aber sollten die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 1.500 EUR übersteigen, raten wir dazu uns einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung einzureichen. So können wir Ihnen die erstattungsfähigen Kosten der geplanten Behandlung genau beziffern.

21. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer sowie eine Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim.

Ist der Tarif (R-)KOMFORT-B-W zusätzlich versichert, werden die Kosten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ für Chefarztbehandlung und für die Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100 % erstattet. Wird für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes die Chefarztbehandlung nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt. Wird das Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt.

22. Welche Leistungen erhalte ich im Ausland?
Ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen sind berücksichtigungsfähig.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)KOMFORT-B-E oder (R-)KOMFORT-B-E1 versichert, werden für akut eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt zu 100 % Leistungen erbracht. Auch der medizinisch notwendige, ärztlich angeordnete Krankentransport aus dem Ausland und die Kosten für Überführung/Bestattung im Ausland sind zu 100 % erstattungsfähig.

23. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für den Tarif (R-)KOMFORT-B besteht kein absoluter Selbstbehalt.

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

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

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

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

Einmal innerhalb von zwei Jahren kann folgende Untersuchung erfolgen.

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

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

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

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

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

Tastuntersuchung des Enddarms

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

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

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

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

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

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

Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
Ziffer 3500 GOÄ Blut im Stuhl (dreimalige Untersuchung)
Anspruch besteht alle zwei Jahre wahlweise anstelle von Koloskopien.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zahnvorsorge
Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf die Zahnvorsorge.

Folgende Gebührenziffern werden anerkannt:
Ziffer 0010 GOZ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes
ggf. mit
Ziffer 1 GOÄ Beratung, auch telefonisch

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

Teil III Tarife EXKLUSIV-B und R-EXKLUSIV-B Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

EXKLUSIV-B

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung

100 % ambulante Arztbehandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
100 % Arzneimittel- und Verbandmittelerstattung
100 % Hilfsmittel
100 % Operationen zur Sehschärfenkorrektur bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR
100 % Heilmittelerstattung
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante Kurleistungen

Zahnärztliche Behandlung

100 % Zahnbehandlung
100 % Zahnersatz bei regelmäßiger Zahnvorsorge
100 % Kieferorthopädie

Stationäre Heilbehandlung

100 % Allgemeine Krankenhausleistungen

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL 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/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
1.7 Heilmittel, Logopädie, Ergotherapie
1.8 Ambulante Transportkosten
1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
1.10 Behandlung durch Heilpraktiker
1.11 Häusliche Behandlungspflege
1.12 Ambulante Operationen
1.13 Ambulante Kurleistungen

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

3 Stationäre Heilbehandlung
3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
3.3 Begleitperson bei Kindern
3.4 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft

4 Sonstiges
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
4.3 Entziehungsmaßnahmen

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

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung
3 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

1352202.pdf Jan14 Seite 1 von 7

Fassung 01.2014

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20V/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 und R-EXKLUSIV-B mit den Tarifstufen 100/50/45/40/35/30/25/20 sowie 50/35, 45/30, 40/25, 35/20, 30/15, 25/15, 20/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altergrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe EXKLUSIV-B 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen für die Leistungen gemäß Abschnitt B:

EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B (nicht als 20V)									
Tarifstufe	100	50	45	40	35	30	25	20V	20
Erstattungsprozentsatz	100	50	45	40	35	30	25	20	20

EXKLUSIV-B, R-EXKLUSIV-B							
Tarifstufe	50/35	45/30	40/25	35/20	30/15	25/15	20/15
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 1 und B 2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3	50	45	40	35	30	25	20
Erstattungsprozentsatz gemäß Abschnitt B 3, B 4.1 und B 4.2 sowie ambulant erbrachte Leistungen nach B 4.3 sowie stationär erbrachte Leistungen nach B 4.3	35	30	25	20	15	15	15

Berechnungsbeispiel:
Versichert: Tarifstufe EXKLUSIV-B 50

Eingereicht: Heilmittelrechnung über 250,- EUR erstattungsfähiger Rechnungsbetrag.
Es gilt: 100 % von 250,- EUR = 250,- EUR,
davon 50 % = 125,- EUR Erstattungsbetrag.

Wird die ambulante Operationspauschale gemäß Abschnitt B 1.12 beansprucht, dann werden von der Pauschale über 200 EUR aufgrund der Tarifstufe 50 % = 100 EUR zur Verfügung gestellt.

B Leistungsumfang und Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

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

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

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

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.2 Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfungen, Reiseimpfungen, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.

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

1.3 Vorsorgeuntersuchungen
Berücksichtigungsfähig sind zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages Vorsorgeuntersuchungen. Dies sind gezielte medizinische Untersuchungen, um Gesundheitsschäden und Krankheiten vorzubeugen. Hierzu zählen insbesondere gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen, wie z. B. in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien oder den Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien genannt.

Untersuchungen und Behandlungen in Diagnosezentren werden nur nach vorheriger Zustimmung durch die SIGNAL Krankenversicherung a. G. erstattet.

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

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

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

Erstattungsfähig sind ebenfalls Mittel und Maßnahmen bei künstlichem Darmausgang bzw. künstlicher Harnableitung (STOMA-Versorgung) und die Kosten für Sondennahrung, sofern aufgrund medizinischer notwendiger Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-,

Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate u. ä., selbst dann, wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Sehhilfen/Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Für die Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge.

Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-B entsteht ein Anspruch auf Erstattung für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK). Der bedingungsgemäße Leistungsprozentsatz beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages der Aufwendungen bis zu 2.000 EUR insgesamt für beide Augen.

Die Frist von 3 Kalenderjahren bezieht sich dabei jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif EXKLUSIV-B; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden für den Ablauf der jeweiligen Fristen nicht berücksichtigt.

Wird die Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauffolgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wäre.

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

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

Ferner sind erstattungsfähig die Kosten der Schwangeren für Schwangerschaftsgymnastik bzw. nach der Geburt für Rückbildungsgymnastik.

Berücksichtigungsfähig ist ein Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

1.8 Ambulante Transportkosten
Berücksichtigungsfähig sind bei Gehunfähigkeit der versicherten Person die Kosten medizinisch notwendiger Transporte einschließlich Notfall- und Unfalltransporte zum und vom nächsten geeigneten Arzt sowie Fahrten zur und von der Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.9 Psychotherapeutische Behandlungen
Zu berücksichtigen sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ von Ärzten ausgeführte oder von ihnen angeordnete und überwachte psychotherapeutische Behandlungen sowie von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen, zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

1.10 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel (als solche gelten nicht die gemäß Abschnitt B 1.4 ausgeschlossenen Mittel) mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr.

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

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

1.11 Häusliche Behandlungspflege
Berücksichtigt werden die Kosten der häuslichen Behandlungspflege bis zu einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Dies sind ärztlich angeordnete und von Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (z. B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit gerichtet sind.

1.12 Ambulante Operationen
Wenn sich eine versicherte Person einer ambulanten Operation bzw. einem stationsersetzenden Eingriff gemäß § 115 b SGB V unterzieht, werden aus dem Tarif EXKLUSIV-B oder R-EXKLUSIV-B 200 EUR je Operation bzw. Eingriff zur Verfügung gestellt. Die Zahlung erfolgt zusätzlich zu den erstattungsfähigen Leistungen gemäß Abschnitt B 1. Der Betrag vermindert sich in Abhängigkeit zur versicherten Tarifstufe (siehe Abschnitt A 3).

1.13 Ambulante Kurleistungen
Bei Aufenthalt in Kurorten sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren (Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen, die der Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung dienen) bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen sind die Kosten für ambulante Heilbehandlungen einschließlich Arznei- und Verbandmittel gemäß Abschnitt B 1.4 und Heilmittel gemäß Abschnitt B 1.7 berücksichtigungsfähig.

Voraussetzung für die Erbringung der Leistungen ist die Vorlage einer Bescheinigung des Hausarztes über die medizinische Notwendigkeit der Kur und des Abschlussberichtes des Kurarztes.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Kurtaxe, Unterbringung, Verpflegung und Fahrtkosten.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 bis B 2.4 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnprophylaxe
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ die Kosten der prophylaktischen Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1030 GOZ zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Berücksichtigungsfähig sind ebenfalls zweimal je Kalenderjahr die Kosten für professionelle Zahnreinigung nach Ziffer 1040 GOZ bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ.

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

2.2 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme, Mund- und Parodontosebehandlung sowie Wurzelspitzenresektionen zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

2.4.2 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.4.3 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn im vorausgehenden Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

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

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

2.6 Heil- und Kostenplan
Sofern der voraussichtliche Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist 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..

3 Stationäre Heilbehandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der stationären Heilbehandlung die nachfolgend gemäß Abschnitt B 3.1 und B 3.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze und Leistungen gemäß Abschnitt B 3.3 und B 3.4.

3.1 Allgemeine Krankenhausleistungen
Die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der BPflV bzw. des KHEntgG für eine medizinisch notwendige stationäre oder teilstationäre Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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 1,8fache Satz der GOÄ). Gleiches gilt auch für die Erstattung der Kosten von Beleghebammen bzw. - entbindungspflegern.

3.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten
Die Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden sind berücksichtigungsfähig zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Die Notwendigkeit eines Krankentransportes ist durch ein Attest des behandelnden Arztes nachzuweisen.

3.3 Begleitperson bei Kindern
Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind, aus diesem für das Kind versicherten Tarif EXKLUSIV-B, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 40 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif der SIGNAL Krankenversicherung a. G. versichert ist.

3.4 Begleitperson bei Erwachsenen oder Zuschuss zu einer Haushaltspflegekraft
Bei Krankenhausaufenthalt oder Rehabilitationsmaßnahme eines Erwachsenen sind, aus diesem für den Erwachsenen versicherten Tarif EXKLUSIV-B, auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus oder die Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltspflegekraft bis zur Dauer von sechs Wochen pro Kalenderjahr berücksichtigungsfähig, höchstens 10 EUR pro Stunde begrenzt auf max. 80 EUR pro Tag.

Voraussetzungen sind:
- bei der sich im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsmaßnahme befindlichen Person handelt es sich um die haushaltsführende Person und
- die Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme muss medizinisch notwendig sein und es besteht keine ambulante Alternative und
- keine andere im Haushalt lebende Person kann diesen weiterführen.

Zudem ist Voraussetzung, dass die Versorgung der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person nicht gesichert ist und ärztlich bestätigte Gefahr für die Gesundheit oder das Leben besteht. Diese Voraussetzung wird als erfüllt betrachtet, wenn es sich bei der im Haushalt lebenden, verbleibenden Person um
- ein Kind bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres oder
- eine Person bei welcher Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt oder
- eine Person bei welcher eine 100-prozentige Schwerbehinderung besteht handelt.

4 Sonstige Leistungen
4.1 Krankentransport aus dem Ausland
Die Kosten eines Krankentransportes aus dem Ausland sind nicht erstattungsfähig.

4.2 Überführung/Bestattung im Ausland
Die Kosten einer Überführung oder Bestattung im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind nicht erstattungsfähig.

4.3 Entziehungsmaßnahmen
Abweichend von § 5 Abs. 1 b Teil I wird bei der jeweils ersten Entziehungsmaßnahme, für die anderweitig ein Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung nicht geltend gemacht werden kann, ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 80 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages berücksichtigt, wenn und soweit die SIGNAL Krankenversicherung a. G. diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussicht durch einen von der SIGNAL Krankenversicherung a. G. beauftragten Arzt abhängig gemacht werden.

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

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
a) Zeitpunktbezogene Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 36 Monaten und erneut nach Ablauf von 72 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn der Krankheitskostenversicherung nach Tarif EXKLUSIV-B, hierzu zählt auch der Beginn einer Anwartschaftsversicherung, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz nach Tarif EXKLUSIV-B ohne Gesundheitsprüfung in die zum Zeitpunkt der Umstellung angebotenen Beihilfetarife der aktiven Produktpalette (ambulante, zahnärztliche und stationäre Behandlung inkl. Wahlleistungen) umzustellen. Wird das Optionsrecht wahrgenommen, während der Tarif in Anwartschaft geführt wird, kann auch in eine Anwartschaft des gewünschten Zieltarifs umgestellt werden.

b) Ereignisbezogene Option
Das Recht auf Umstellung hat die versicherte Person ebenfalls zum Zeitpunkt der ersten Verbeamtung auf Probe bzw. ersten Verbeamtung auf Lebenszeit.

Zudem besteht das Recht auf Umstellung bei einem Wechsel der Laufbahn vom einfachen in den mittleren Dienst, vom mittleren in den gehobenen Dienst, vom gehobenen in den höheren Dienst und von Laufbahngruppe 1 in Laufbahngruppe 2.

Zur Wahrnehmung des Optionsrechts ist der Erklärung gemäß Abschnitt C 4 dieser Bedingungen eine schriftliche Bestätigung des Dienstherren über den Laufbahnwechsel (Dienstherrenbescheid) in Kopie beizufügen.

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

3 Gesundheitsprüfung
Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 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 gemäß Abschnitt C 1 a) genannten 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 nur mit dem gemäß Abschnitt C 1 b) genannten ereignisbezogenen Optionsrecht weitergeführt.

Soweit eine Umstellung aufgrund eines der gemäß Abschnitt C 1 b) genannten Ereignisses erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

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

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C 1 a) oder b) dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

3 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (zu § 18 Teil I)
Bei einer Ausweitung von Vorsorgemaßnahmen gemäß der "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen passt die SIGNAL Krankenversicherung a. G. unter den Voraussetzungen gemäß § 18 Teil I das "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse an. Diese Anpassung erfolgt spätestens zum 01.01. des nach Bekanntmachung der Änderung der Gesundheitsrichtlinien im Bundesanzeiger folgenden Jahres.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B

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

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-EXKLUSIV-B 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-EXKLUSIV-B weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach den Tarifen (R-)EXKLUSIV-B-W, (R-)EXKLUSIV-B-E (1) oder (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Abkürzungsverzeichnis

GebüH: Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker

GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte

GOZ: Gebührenordnung für Zahnärzte

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

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

SGB V: Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung

SGB VI: Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung

SGB XI: Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Gesetzliche Pflegeversicherung

BPflV: Bundespflegesatzverordnung

Stichwortverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III

Tarife EXKLUSIV-B und R-EXKLUSIV-B

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

A
Ärztliche Leistungen (B 1.1)
Allgemeine Krankenhausleistungen (B 3.1)
Ambulante Operationen (B 1.12)
Ambulante Transportkosten (B 1.8)
Arznei- und Verbandmittel (B 1.4)
Auslandsrücktransport (B 4.1)

B
Begleitperson (B 3.3 und B 3.4)
Behandlungspflege (B 1.11)
Bestattungskosten (B 4.2)
Bestrahlungsgeräte (B 1.7)
Brillen (B 1.5)

C/D/E
Einlagefüllungen (B 2.4.1)
Elektrotherapie (B 1.7)
Ergotherapie (B 1.7)

F
Fahrtkosten (B 3.2)

G
Gnathologie (B 2.4.1)

H
Häusliche Behandlungspflege (B 1.11)
Haushaltspflegekraft (B 3.4)
Hebamme (B 1.1)
Heilpraktiker (B 1.10)
Hilfsmittel (B 1.6)
Höchstsätze GOÄ (B 1.1)
Höchstsätze GOZ (B 2.5)
Hydrotherapie (B 1.7)

I/J
Impfstoff (B 1.2)
Implantologie (B 2.4.1)
Inhalationen (B 1.7)
Inlays (B 2.4.1)

K
Kieferorthopädie (B 2.3)
Kontaktlinsen (B 1.5)
Krankengymnastik (B 1.7)
Krankentransportkosten (B 3.2)
Kurleistungen (B 1.13)

L
Laseroperation/LASIK (B 1.5)
Lichttherapie (B 1.7)
Logopädie (B 1.7)

M/N
Massage (B 1.7)
Massagegeräte (B 1.7)
Medikamente (B 1.4)

O
Optionsrecht (C)

P/Q
Psychotherapie (B 1.9)

R
Regelleistungen (B 3.1)

S
Sanatorium (B 1.13)
Schutzimpfungen (B 1.2)
Schwangerschaftsgymnastik (B 1.7)
Sehhilfen (B 1.5)
Sehschärfenkorrektur (B 1.5)
Sehstärke (B 1.5)
Sondennahrung (B 1.4)
Stationäre Heilbehandlung (B 3)
STOMA-Versorgung (B 1.4)

T
Teilstationäre Heilbehandlung (B 3.1)

U
Überführungskosten (B 4.2)
Umwandlung des Versicherungsschutzes (C 6)

V
Vorsorgeuntersuchungen (B 1.3)

W/X/Y
Wartezeiten (A)

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

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Teil III Tarife EXKLUSIV-B-W und R-EXKLUSIV-B-W Krankheitskostentarife für stationäre Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

EXKLUSIV-B-W

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen zum Beihilfeanspruch passenden und versicherten Erstattungsprozentsatzes sind folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Stationäre Heilbehandlung
100 % Wahlärztliche Leistungen
100 % Ein- oder Zweibettzimmer
30 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Chefarztbehandlung
20 EUR Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf gesonderte Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Stationäre wahlärztliche Leistungen
2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
3 Krankenhaustagegeld

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

D Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

F Sonstige Bestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/25/20V/20/15 und R-EXKLUSIV-B-W mit den Tarifstufen 100/50/35/30/25/20/15 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Die versicherte Person kann nur nach Tarifstufen versichert werden, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen.

1.2 Personen, deren Beihilfeanspruch sich nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften bei Eintritt in den Ruhestand erhöht, und in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Kinder können die Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 20V versichern.

Die Versicherung nach Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 20V endet regelmäßig spätestens mit Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (§ 35 SGB VI - Gesetzliche Rentenversicherung, siehe Anhang). Das Versicherungsverhältnis nach Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 20V wird über diesen Zeitpunkt hinaus fortgesetzt, wenn der Versicherungsnehmer dies schriftlich verlangt.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung wird gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-W, R-EXKLUSIV-B-W (nicht als 20V)								
Tarifstufe	100	50	35	30	25	20	20V	15
Erstattungs-prozentsatz	100	50	35	30	25	20	20	15

Wird Krankenhaustagegeld gemäß Abschnitt B 3 beansprucht, dann werden die genannten Beträge in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-W 50
50 % von 30 EUR = 15 EUR

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Stationäre wahlärztliche Leistungen
Berücksichtigungsfähig sind zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V, die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind ebenfalls berücksichtigungsfähig.

2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
Berücksichtigungsfähig zu 100 % sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

3 Krankenhaustagegeld
Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR. Wird keine Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR. Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Ist die versicherte Person gesetzlich krankenversichert und hat den Tarif EXKLUSIV-B-W allein versichert als teilweise beihilfeberechtigter (berücksichtigungsfähiger) Ehegatte oder Kind oder ist sie heilfürsorgeberechtigt, so hat die versicherte Person bei Entfall der Versicherungspflicht oder der Heilfürsorge das Recht ohne Gesundheitsprüfung den Versicherungsschutz bedarfsgerecht um die Tarife EXKLUSIV-B und EXKLUSIV-B-E(1) oder EXKLUSIV-B-ES zu erweitern.

Sofern für die versicherte Person die Versicherungspflicht entfällt und auch kein Heilfürsorge- oder Beihilfeanspruch besteht, hat sie das Recht ohne Gesundheitsprüfung bedarfsgerecht in die Tarife EXKLUSIV oder EXKLUSIV-PLUS der Produktlinie privat der SIGNAL Krankenversicherung a. G. umzustellen.

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

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

4 Frist zur Ausübung der Option
Soweit eine Umstellung aufgrund eines der in Abschnitt C 1 genannten Ereignisse erfolgen soll, beläuft sich die Frist zur Stellung des Antrags auf Umstellung auf zwei Monate ab Eintritt des Ereignisses.

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

Wird ein Recht zur Ausübung der Option gemäß Abschnitt C dieser Bedingungen in der Zeit eines Leistungsruhens nach § 193 Abs. 6 und 7 VVG (Nichtzahlung der Beiträge und Versicherung im Notlagentarif nach § 12h, siehe Anhang) fällig, so kann es nicht ausgeübt werden und entfällt.

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

D Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrags zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-W

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

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-W fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

Besteht zwischen Beendigung der Ausbildung und einem anschließenden Dienstverhältnis als Beamter eine Unterbrechung ohne Beihilfeanspruch von bis zu zwei Monaten und will die versicherte Person mit Beginn des Dienstverhältnisses den bestehenden Beihilfetarif ohne Sonderbedingungen weiterführen, so wird Versicherungsschutz im Rahmen der Tarifstufe R-EXKLUSIV-B-W 100 vom Ende der Ausbildung bis zum Beginn des Dienstverhältnisses, höchstens bis zu zwei Monate, ohne Mehrbeitrag gewährt.

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so können abweichend von Abschnitt E 2 die Sonderbedingungen für die Dauer von maximal zwölf Monaten, längstens jedoch bis zur Vollendung des 34. Lebensjahres, nach Tarifstufe R-EXKLUSIV-B-W weitergeführt werden. Der Erstattungsprozentsatz erhöht sich auf 100.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

Der Beitrag erhöht sich entsprechend zum Erstattungsprozentsatz (100).

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-W darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B und (R-)EXKLUSIV-B-E bzw. (R-)EXKLUSIV-B-E1 und (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL Krankenversicherung a. G. sowie eine gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorgeberechtigung bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen privaten Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden. In Bezug auf die Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gilt diese Einschränkung nicht für in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und Heilfürsorgeberechtigte.

Teil III Tarife EXKLUSIV-B-E und R-EXKLUSIV-B-E Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

EXKLUSIV-B-E

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Hilfsmittelrestkosten
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
100 % Zahnersatz

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Hilfsmittel
1.3 Behandlung durch Heilpraktiker
1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
1.5 Kurtagegeld

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnbehandlung
2.2 Zahnersatz und zahntechnische Leistungen
2.3 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

1352401.pdf Jan13 Seite 1 von 4

Fassung 01.2013

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 und R-EXKLUSIV-B-E mit den Tarifstufen 80/70/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie Beihilfeansprüche nach einer Beihilfevorschrift bzw. -verordnung besitzen.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als "100" betragen.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-E, R-EXKLUSIV-B-E				
Tarifstufe	80	70	50	30
Erstattungs-prozentsatz	80	70	50	30

Wird das Kurtagegeld gemäß Abschnitt B 1.5 beansprucht, dann wird der genannte Betrag in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-E 50
50 % von 20 EUR = 10 EUR

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für die Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge. Wurde eine brechkraftverändernde Augenoperation (LASIK/LASEK) durchgeführt und der Zuschuss für die Operation aus dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren auch aus diesem Tarif kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wäre.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr.

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

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

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

1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 Kurtagegeld
Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren (Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen, die der Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung dienen) bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistungen für Unterkunfts- und Verpflegungskosten gewährt werden.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der ambulanten zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 und B 2.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

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

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

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %. Hierzu gehören:
- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif EXKLUSIV-B-E zusammen mit dem Tarif EXKLUSIV-B versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus dem Tarif EXKLUSIV-B, es sei denn die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus EXKLUSIV-B.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-E

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-E noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-E fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-EXKLUSIV-B) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von 100 weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W und (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Teil III Tarife EXKLUSIV-B-E1 und R-EXKLUSIV-B-E1 Ergänzungstarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

EXKLUSIV-B-E1

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Ambulante Behandlung
100 % Sehhilfen
100 % Hilfsmittelrestkosten
100 % der Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorbeugende Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Zahnärztliche Behandlung
100 % Zahnbehandlung
100 % Zahnersatz

Unabhängig vom jeweiligen, dem Beihilfeanspruch entsprechenden, Erstattungsprozentsatz und den Vorleistungen ist erstattungsfähig:

Heilbehandlung im Ausland
100 % ambulante und stationäre Heilbehandlung

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Ambulante Heilbehandlung
1.1 Sehhilfen
1.2 Hilfsmittel
1.3 Behandlung durch Heilpraktiker
1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
1.5 Kurtagegeld

2 Zahnärztliche Behandlung
2.1 Zahnbehandlung
2.2 Zahnersatz und zahntechnische Leistungen
2.3 Überschreitung der Höchstsätze GOÄ/GOZ

3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Fassung 01.2013

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 und R-EXKLUSIV-B-E1 mit den Tarifstufen 80/75/70/65/60/55/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, deren Beihilfeverordnung bei Zahnersatz eine Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten von mindestens 50 Prozent vorsieht. Entfällt die Versicherungsfähigkeit (Änderung der Beihilfefähigkeit für Material- und Laborkosten auf weniger als 50 Prozent), so ist, auch bei verspäteter Anzeige, ab dem Zeitpunkt des Fortfalls der Versicherungsfähigkeit eine Umstellung in den Tarif EXKLUSIV-B-E vorzunehmen. Die erworbenen Rechte bleiben dabei erhalten.

1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für ambulante Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als "100" betragen.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-E1, R-EXKLUSIV-B-E1								
Tarifstufe	80	75	70	65	60	55	50	30
Erstattungs-prozentsatz	80	75	70	65	60	55	50	30

Wird das Kurtagegeld gemäß Abschnitt B 1.5 beansprucht, dann wird der genannte Betrag in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-E1 50
50 % von 20 EUR = 10 EUR

Leistungen gemäß Abschnitt B 3 werden unabhängig von einer Vorleistung und dem versicherten Erstattungsprozentsatz immer zu 100 % erbracht.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Ambulante Heilbehandlung
Im Rahmen des in diesen Bedingungen festgelegten Umfangs sind für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig:

1.1 Sehhilfen
Für die Kosten von Brillen (Gestell und Gläser) oder alternativ Kontaktlinsen, ist ein bedingungsgemäßer Leistungsprozentsatz von 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis 300 EUR zu berücksichtigen. Ab einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf 600 EUR. Ein Anspruch auf Kostenerstattung von Sehhilfen besteht einmal innerhalb von zwei Kalenderjahren oder, vor Ablauf dieser Zeitspanne, bei Änderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien für ein Auge. Wurde eine brechkraftverändernde Augenoperation (LASIK/LASEK) durchgeführt und der Zuschuss für die Operation aus dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B in Anspruch genommen, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den fünf darauf folgenden Kalenderjahren auch aus diesem Tarif kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen.

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

Hilfsmittel gleicher Art, mit einem Kaufpreis bis einschließlich 1.000 EUR (oder deren Wartung und Reparatur) werden einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G. berücksichtigt. Eine vorherige Zusage wird erforderlich, wenn diese Hilfsmittel (oder deren Wartung und Reparatur) mehr als einmal pro Kalenderjahr berücksichtigt werden sollen.

Hilfsmittel mit einem Kaufpreis von über 1.000 EUR sowie Wartungs- und Reparaturkosten, welche diesen Betrag überschreiten, bedürfen der vorherigen Zusage der SIGNAL Krankenversicherung a. G.. Wird keine vorherige Zusage eingeholt, wird ein erstattungsfähiger Rechnungsbetrag berücksichtigt, der in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform (Miete, Leasing, Kauf) oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner der SIGNAL Krankenversicherung a. G. angefallen wäre.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker
Berücksichtigungsfähig sind die Kosten der Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden einschließlich verordneter Arzneimittel mit einem bedingungsgemäßen Leistungsprozentsatz von 100 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 EUR im Kalenderjahr.

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

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

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

1.4 Vorbeugende Schutzimpfungen
Berücksichtigungsfähig sind die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.5 Kurtagegeld
Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kurort sowie in Sanatorien oder in Anstalten, die auch Kuren (Maßnahmen wie Anschlussrehabilitationen, die der Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung dienen) bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt, sofern und solange Beihilfeleistungen für Unterkunfts- und Verpflegungskosten gewährt werden.

2 Zahnärztliche Behandlung
Berücksichtigt werden im Rahmen der ambulanten zahnärztlichen Behandlung die nachfolgenden gemäß Abschnitt B 2.1 und B 2.2 genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätze:

2.1 Zahnbehandlung
Berücksichtigungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ/GOZ die Kosten für Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahme sowie Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen und ähnliche kleine Eingriffe zu 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

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

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

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

Berücksichtigungsfähig sind 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.1 Leistungen im ersten und zweiten Kalenderjahr
Im ersten und zweiten Kalenderjahr der Versicherung sind berücksichtigungsfähig für Zahnersatz 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

2.2.2 Leistungen ab dem dritten Kalenderjahr
Der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen sinkt jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres bei einem geltenden Prozentsatz von 100 % auf einen solchen von 90 %, bei einem geltenden Prozentsatz von 90 % auf einen von 80 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr keine zahnärztliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen wurde. Eine Absenkung des Prozentsatzes auf weniger als 80 % erfolgt in keinem Fall.

Umgekehrt erhöht sich der Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatzmaßnahmen jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres von 80 % auf 90 % bzw. von 90 % auf 100 %, wenn für das vorausgehende Kalenderjahr nachweislich wenigstens eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde. Ein Prozentsatz von mehr als 100 % kann jedoch in keinem Fall erreicht werden.

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

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

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung zu 100 %. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,
- bei Tod des Versicherten sind während einer Auslandsreise die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR berücksichtigungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Dieser Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Ende der Reise, spätestens acht Wochen nach Reisebeginn. Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann.

Ist der Tarif EXKLUSIV-B-E1 zusammen mit dem Tarif EXKLUSIV-B versichert, so erfolgt im hier genannten Versicherungsfall gemäß Abschnitt B 3 keine Leistung aus dem Tarif EXKLUSIV-B, es sei denn die Erkrankung bestand bereits vor Antritt der Reise oder die versicherte Person wünscht ausdrücklich eine Leistung aus EXKLUSIV-B.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-E1

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-E1 noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beamtenberuf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-E1 fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-EXKLUSIV-B) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von "100" weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E1 darf nur eine nicht in Anwartschaft geführte Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W und (R-)EXKLUSIV-B-ES der SIGNAL Krankenversicherung a. G. bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden.

Teil III Tarife EXKLUSIV-B-ES und R-EXKLUSIV-B-ES Ergänzungstarife für stationäre Heilbehandlung für Beihilfeberechtigte

EXKLUSIV-B-ES

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter Zugrundelegung des jeweiligen dem Beihilfeanspruch entsprechenden Erstattungsprozentsatzes sind unter Anrechnung der Leistung der Beihilfe folgende Leistungsprozentsätze berücksichtigungsfähig:

Stationäre Behandlung
100 % Wahlärztliche Leistungen
100 % Ein- oder Zweibettzimmer

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Stationäre wahlärztliche Leistungen
2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
3 Krankenhaustagegeld

C Anpassungsvorschriften
1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs
2 Beitragsanpassung

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten
1 Versicherungsfähigkeit
2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
3 Fortführung der Versicherung
4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
5 Beitragsberechnung

E Sonstige Bestimmungen

Fassung 01.2013

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife EXKLUSIV-B-ES mit den Tarifstufen 85/80/75/70/65/50/30 und R-EXKLUSIV-B-ES mit den Tarifstufen 85/80/75/70/65/50/30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.
Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
1.1 Versicherungsfähig sind Personen, sofern sie Beihilfeansprüche nach einer Beihilfevorschrift bzw. -verordnung besitzen und bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. nach den Tarifen EXKLUSIV-B oder EXKLUSIV-B-W versichert sind.
1.2 Der Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen muss mit dem jeweils gültigen Beihilfebemessungssatz für stationäre Heilbehandlung übereinstimmen. Ferner darf der Erstattungsprozentsatz der Grundtarife für stationäre Heilbehandlung zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz der Tarifstufen nicht mehr als "100" betragen.

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

3 Ermittlung der Höhe der tariflichen Leistung
Die Höhe der tariflichen Leistung gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 wird aus den in den nachfolgenden Bedingungen genannten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen sowie den von der gewählten Tarifstufe abhängigen tariflichen Erstattungsprozentsätzen gebildet. Dabei ist von dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag zunächst der Betrag zu ermitteln, der den gemäß Abschnitt B 1 bis B 2 dieser Bedingungen festgelegten bedingungsgemäßen Leistungsprozentsätzen entspricht. Vom Ergebnisbetrag ist dann anschließend der dem versicherten tariflichen Erstattungsprozentsatz der jeweiligen Tarifstufe entsprechende Betrag zu ermitteln. Anschließend wird die Vorleistung der Beihilfe in Abzug gebracht.

Folgende tarifliche Erstattungsprozentsätze gelten bei den entsprechenden Tarifstufen:

EXKLUSIV-B-ES, R-EXKLUSIV-B-ES							
Tarifstufe	85	80	75	70	65	50	30
Erstattungs-prozentsatz	85	80	75	70	65	50	30

Wird Krankenhaustagegeld gemäß Abschnitt B 3 beansprucht, dann werden die genannten Beträge in Höhe des versicherten Erstattungsprozentsatzes zur Verfügung gestellt.

Berechnungsbeispiel:
Versicherte Tarifstufe EXKLUSIV-B-ES 70
70 % von 20 EUR = 14 EUR

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Stationäre wahlärztliche Leistungen
Berücksichtigungsfähig sind zu 100 % Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung (GOÄ).

Soweit Beihilfevorschriften eine Selbstbeteiligung vorsehen, gehört diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

2 Stationäre Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
Berücksichtigungsfähig zu 100 % sind die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

3 Krankenhaustagegeld
Bei stationärer Krankenhausbehandlung sowie bei stationärer Entbindung erhält die versicherte Person pro Tag ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR.

C Anpassungsvorschriften

1 Anpassung des Versicherungsschutzes bei Änderung des Beihilfeanspruchs (zu § 1 Teil I und II)
Der Versicherungsnehmer hat Änderungen des Beihilfebemessungssatzes bzw. den Wegfall des Beihilfeanspruchs dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen. In diesem Falle ändert der Versicherer - auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle - den zu zahlenden Beitrag sowie den bestehenden Versicherungsschutz in dem Maße, dass hierdurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird.

Wird die Änderung des Beihilfeanspruchs bzw. der Wegfall des Beihilfeanspruchs innerhalb von sechs Monaten seit Wirksamwerden vom Versicherungsnehmer angezeigt, hat der Versicherer den angepassten Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung zu gewähren.

Nach Ablauf von sechs Monaten kann die erforderliche Anpassung des Versicherungsschutzes nur aufgrund eines besonderen Antrages zu normalen Bedingungen erfolgen. Bis dahin erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen des bisherigen Versicherungsschutzes, höchstens jedoch die Leistung des Versicherungsschutzes, der für den neuen Beihilfebemessungssatz erforderlich ist.

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

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

D Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-EXKLUSIV-B-ES

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten für den Tarif R-EXKLUSIV-B-ES noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähigkeit
Versicherungsfähig sind beihilfeberechtigte Personen, die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten und deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte sowie Studenten und Schüler an weiterbildenden Schulen mit Anspruch auf Beihilfe.

2 Fortfall der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildungs- bzw. Studienzeit endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit Vollendung des 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
Besteht nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit weiterhin Beihilfeanspruch, wird der Vertrag vom Beginn des Folgemonats an ohne Sonderbedingungen nach dem Beihilfetarif EXKLUSIV-B-ES fortgeführt.

Besteht kein Beihilfeanspruch mehr, so erfolgt vom Beginn des Folgemonats an eine Anpassung des Versicherungsschutzes im Rahmen der versicherbaren Tarife.

Für die Höhe der Beiträge ist dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

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

4 Regelung bei Arbeitslosigkeit
Besteht unmittelbar nach Beendigung der Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit der versicherten Person, so kann abweichend von Abschnitt D 2 für die Sonderbedingungen eine Vereinbarung auf beitragsfreies Ruhen des Versicherungsschutzes für maximal zwölf Monate beantragt werden, sofern gleichzeitig die beim Versicherer bestehenden Grundtarife (R-EXKLUSIV-B-W) für den gleichen Zeitraum aktiv mit einem Erstattungsprozentsatz von "100" weitergeführt werden.

Für den vereinbarten Zeitraum besteht dann kein Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

Die Umstufung muss innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Ausbildung beantragt werden. Sie erfolgt dann ohne erneute Gesundheitsprüfung und es sind auch keine Wartezeiten zurückzulegen.

5 Beitragsberechnung
Die monatlichen Beitragsraten richten sich nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. 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 Abs. 2 Teil I. Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

E Sonstige Bestimmungen

Neben dem nicht in Anwartschaft geführten Tarif (R-)EXKLUSIV-B-ES darf nur eine Krankheitskostenversicherung nach dem Tarif (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W und (R-)EXKLUSIV-B-E bzw. (R-)EXKLUSIV-B-E1 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. sowie eine gesetzliche Krankenversicherung oder Heilfürsorgeberechtigung bestehen. Weitere Krankheitskostenversicherungen, bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. oder einem anderen Versicherer, dürfen weder fortbestehen noch neu abgeschlossen werden. In Bezug auf die Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gilt diese Einschränkung nicht für in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegatten und Heilfürsorgeberechtigte.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zu den Krankheitskostentarifen (R-)EXKLUSIV-B, (R-)EXKLUSIV-B-W, (R-)EXKLUSIV-B-E(1), (R-)EXKLUSIV-B-ES

Produktlinie **Beihilfe Unisex**

1. Wie werden Leistungen nach dem Beihilfetarif (R-)EXKLUSIV-B erstattet?
Die nachfolgend beschriebenen Leistungen werden in der jeweils versicherten Tarifstufe zum entsprechenden Prozentsatz erstattet. Die numerische Bezeichnung des Tarifs entspricht dabei dem versicherten Erstattungsprozentsatz nach folgenden Beispielen:

Tarifstufe	Erstattung
(R-)EXKLUSIV-B 100	100 %
(R-)EXKLUSIV-B 30	30 %
(R-)EXKLUSIV-B 50/35	ambulant 50 % stationär 35 %
(R-)EXKLUSIV-B-E 70	70 %

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

3. Was ist die GOÄ/GOZ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ) sind Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ/GOZ) aufgeführten Gebührensätze (Einfachsätze) einzelner Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens mit einem Faktor multipliziert werden, der die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand und die Umstände bei der Ausführung der Leistung ausdrückt.

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

- für die persönlich-ärztlichen Leistungen vom Einfachen bis zum 3,5fachen (=Höchstsatz),
- für die medizinisch-technischen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil vom Einfachen bis zum 2,5fachen und
- für Laborleistungen vom Einfachen bis zum 1,3fachen des Gebührensatzes vor.

In der Regel darf eine Gebühr für persönliche Leistungen nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen sein. Ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (=Schwellenwert) ist grundsätzlich nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

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

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

4. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arznei- und Verbandmittel?
Sie erhalten 100 % der erstattungsfähigen Kosten und zwar unabhängig davon, ob die Erstbehandlung durch den Hausarzt erfolgt ist oder Generika (= alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) verordnet wurden.

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

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

Konkrete Informationen hierzu - auch hinsichtlich der Neutralität zur Beitragsrückerstattung - entnehmen Sie bitte dem Anhang "Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen" und finden Sie unter www.g-ba.de.

6. Welche Schutzimpfungen werden erstattet?
Sie erhalten einschließlich der Aufwendung für den Impfstoff die Kosten für Schutzimpfungen, z. B. Grippeimpfung, Reiseimpfung, auch über die staatlich empfohlenen Impfungen hinaus.
Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E(1) versichert, dann werden die im Zusammenhang mit Reisen ins Ausland entstandenen und nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen für vorbeugende Schutzimpfungen inkl. Impfstoff erstattet.

7. Sind Leistungen des Heilpraktikers erstattungsfähig?
Behandlungen durch den Heilpraktiker einschließlich verordneter Medikamente werden im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) erstattet. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe beträgt die maximale Erstattung innerhalb eines Kalenderjahres 2.000 EUR (bei (R-)EXKLUSIV-B 100). Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E oder (R-)EXKLUSIV-B-E1 versichert, dann sind zusätzlich nach Vorleistung der Beihilfe verbleibende Aufwendungen nach Maßgabe des vorherigen Absatzes berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistung der SIGNAL Krankenversicherung a.G. und der Beihilfe ergeben maximal den o.g. Betrag für Heilpraktikerleistungen von 2.000 EUR.

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

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

ihnen angeordnet und überwacht wird. Bis zur 30. Sitzung pro Kalenderjahr ist keine Genehmigung erforderlich. Ab der 31. Sitzung ist eine schriftliche Zusage durch uns erforderlich. Die Erstattung beträgt 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

9. Wie hoch ist die Erstattung für Sehhilfen?
Für Sehhilfen (Brillen oder alternativ Kontaktlinsen) erstatten wir Ihnen unter Berücksichtigung der versicherten Tarifstufe einen Betrag von bis zu 300 EUR. Bei einer Sehstärke von 8,0 Dioptrien und mehr erhöht sich der Betrag auf maximal 600 EUR. Ein Anspruch besteht alle zwei Kalenderjahre oder bei Änderung der Sehstärke um mind. 0,5 Dioptrien für ein Auge. Alternativ erstattungsfähig sind nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Beginn der Versicherung die Kosten einer brechkraftverändernden Augenlaserkorrektur (LASIK/LASEK) bis zu 2.000 EUR zusammen für beide Augen. Wird diese Operation durchgeführt, besteht im Operationsjahr und in den fünf darauffolgenden Jahren kein Anspruch mehr auf Kostenerstattung für eine Brille oder Kontaktlinsen.

10. Wie hoch ist die Erstattung für Hilfsmittel?
Für Hilfsmittel bis einschließlich 1.000 EUR leisten wir einmal pro Kalenderjahr ohne vorherige Zusage 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Kostet ein Hilfsmittel mehr als 1.000 EUR oder wird ein weniger als 1.000 EUR kostendes Hilfsmittel mehr als einmal pro Kalenderjahr benötigt, bedarf die Kostenerstattung unserer vorherigen Zusage.

11. Wie hoch ist die Erstattung für Heilmittel, Logopädie und Ergotherapie?
Erstattet werden 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

12. Wie hoch ist die Erstattung für Arzneimittel?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, egal ob Sie ein Originalpräparat oder ein Generikum (=alternatives preisgünstigeres Arzneimittel zum Originalpräparat) kaufen.

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

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

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

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

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

15. Wie hoch ist die Erstattung für Zahnersatz?
Im ersten und zweiten Kalenderjahr beträgt die Erstattung für Zahnersatz generell 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

Ab dem dritten Kalenderjahr der Versicherung bleibt die Erstattung bei 100 %, sofern Sie eine jährliche Kontrolluntersuchung nachgewiesen haben. Weisen Sie die Kontrolluntersuchung nicht nach, sinkt der Prozentsatz jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres um 10 Prozentpunkte, höchstens jedoch auf 80 %. Dieser Prozentsatz erhöht sich jedoch jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres, wenn im vorausgegangenen Kalenderjahr wenigstens eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde und keine Behandlungsbedürftigkeit bestand bzw. ein behandlungsbedürftiges Gebiss vollständig saniert wurde.

Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E(1) versichert, dann sind zusätzlich die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Aufwendungen für Zahnarzthonorar und zahntechnischen Laborkosten nach den Zahnhöchstsätzen berücksichtigungsfähig. Die Gesamtleistungen der SIGNAL Krankenversicherung a.G. und der Beihilfe ergeben maximal den Gesamtbetrag der erstattungsfähigen Honorar und zahntechnischen Laborkosten.

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

17. Wie hoch ist die Erstattung für Kieferorthopädie?
Sie erhalten 100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

18. Bestehen für zahnärztliche Leistungen Höchstsätze?
Nein, die zahnärztlichen Leistungen sind nicht auf Höchstsätze begrenzt.

19. Muss ich einen Heil- und Kostenplan einreichen?
Nein, aber sollten die voraussichtlichen Gesamtkosten einer zahnärztlichen Behandlung 2.500 EUR übersteigen, raten wir dazu uns einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung einzureichen. So können wir Ihnen die erstattungsfähigen Kosten der geplanten Behandlung genau beziffern.

20. Welche Leistungen erhalte ich im Krankenhaus?
Erstattungsfähig sind die Regelleistungen im Krankenhaus, d.h. allgemeine Pflegeleistungen, die Behandlung durch Belegärzte (1,8facher Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen) und die Unterbringung im Mehrbettzimmer sowie eine Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim. Ist der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-W zusätzlich versichert, werden die Kosten nach der geltenden GOÄ für Chefarztbehandlung und für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer zu 100 % erstattet. Wird für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes die Chefarztbehandlung nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR gezahlt. Wird das Ein- oder Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 20 EUR gezahlt. Sollte sich Ihre Beihilfe nicht an den Kosten einer Unterbringung im Einbettzimmer oder nicht in

voller Höhe an den Kosten der Chefarztbehandlung beteiligen, erstatten wir Ihnen, sofern der Tarif (R-) EXKLUSIV-B-ES versichert ist, aus diesem die nach Vorleistung der Beihilfe verbleibenden Kosten.

21. Welche Leistungen erhalte ich im Ausland?
Ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen sind berücksichtigungsfähig. Ist zusätzlich der Tarif (R-)EXKLUSIV-B-E oder (R-)EXKLUSIV-B-E1 versichert, werden für akut eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt zu 100 % Leistungen erbracht. Auch der medizinisch notwendige, ärztlich angeordnete Krankentransport aus dem Ausland und die Kosten für Überführung/Bestattung im Ausland sind zu 100 % erstattungsfähig.

22. Wie hoch ist mein Selbstbehalt?
Für den Tarif (R-)EXKLUSIV-B besteht kein absoluter Selbstbehalt.

Anhang - Verzeichnis der gezielten Vorsorgeuntersuchungen

Dieser Anhang ist Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III für die Tarife KOMFORT-PLUS, EXKLUSIV, EXKLUSIV-PLUS und EXKLUSIV-B.

Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich bei diesen Tarifen auch auf Vorsorgeuntersuchungen, welche ohne Abzug eines evtl. tariflich vereinbarten Selbstbehaltes erstattet werden und deren Erstattungen zudem keinen Einfluss auf die Auszahlung einer Beitragsrückerstattung gemäß § 8 Abs. 6 a Teil II haben. Voraussetzung ist, dass

- es sich ausschließlich um unter Punkt 1. bis 5. aufgeführte gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung bzw. Zahnprophylaxemaßnahmen handelt,
- die Abrechnungen der Ärzte ausschließlich nach den unter Punkt 1. bis 5. aufgeführten Ziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) erfolgen,
- die persönlichen ärztlichen Leistungen höchstens bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ bzw. GOZ berechnet werden,
- die medizinischen technischen Leistungen sowie Laborleistungen höchstens bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ berechnet werden und
- die entsprechenden Rechnungen der Ärzte bzw. Zahnärzte zusammen mit dem Vorblatt für Vorsorgeuntersuchungen eingereicht werden.

Im Einzelnen sind dies die unter Punkt 1. bis 5. aufgeführten Untersuchungen:

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

Ab dem 35sten Lebensjahr können einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Gesundheits-Check-Up

Ziffer	29	GOÄ	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
Ziffer	250	GOÄ	Blutentnahme
Ziffer	3560	GOÄ	Glukose
Ziffer	3562 H1	GOÄ	Cholesterin
Ziffer	3511	GOÄ	Untersuchung eines Körpermaterials (Harnstreifentest Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit)
Ziffer	75	GOÄ	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer	652	GOÄ	EKG in Ruhe/bei Ergometrie
Ziffer	410	GOÄ	Ultraschalluntersuchung ein Organ (Carotis links)
Ziffer	420	GOÄ	Ultraschalluntersuchung je Organ (Carotis rechts)
Ziffer	3550	GOÄ	Blutbild
Ziffer	3595 H1	GOÄ	GPT
Ziffer	3594 H1	GOÄ	GOT
Ziffer	3592 H1	GOÄ	Gamma-GT

2. Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen

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

Bei Männern ab dem 40sten Lebensjahr können jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer	28	GOÄ	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen
Ziffer	75	GOÄ	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht

Zusätzlich PSA-Wert

Ziffer	250	GOÄ	Blutentnahme
Ziffer	3908 H3	GOÄ	PSA

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

Tastuntersuchung des Enddarms

Bei Frauen ab dem 13ten Lebensjahr und bis zum 25sten Lebensjahr können jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer	3	GOÄ	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer	4780	GOÄ	Isolierung mikrobieller Nukleinsäuren
Ziffer	4784	GOÄ	Geschachtelte Polymerase-kettenreaktion (nested PCR)
Ziffer	4785	GOÄ	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, je Sonde

Ab dem 20sten Lebensjahr können bei Frauen jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer	3	GOÄ	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer	8	GOÄ	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus
Ziffer	4851	GOÄ	zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik
Ziffer	75	GOÄ	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht
Ziffer	410	GOÄ	Ultraschalluntersuchung ein Organ
Ziffer	420	GOÄ	Ultraschalluntersuchung je Organ bis zu drei weiteren Organen
Ziffer	403	GOÄ	Zuschlag transkavitäre Untersuchung

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.

Ab dem 25sten Lebensjahr können bei Frauen jährlich folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

Ziffer	27	GOÄ	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen

1350001.pdf Jan13 Seite 1 von 3

Ab dem 50sten Lebensjahr und bis zum 68sten Lebensjahr können bei Frauen einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:
Mammographie
Ziffer 11 GOÄ Digitaluntersuchung des Mastdarms
2 x Ziffer 5266 GOÄ Mammographie
(ggf. Ziffer 5298 GOÄ Zuschlag)

Alternativ hierzu können auch folgende Untersuchungen durchgeführt werden:
Sonographie statt Mammographie
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 7 GOÄ Vollständige körperliche Untersuchung
Ziffer 418 GOÄ Ultraschalluntersuchung Brustdrüse
Ziffer 420 GOÄ Ultraschalluntersuchung je Organ bis zu drei weiteren Organen
Ziffer 401 GOÄ Zuschlag Duplex-Verfahren
Ziffer 404 GOÄ Zuschlag Frequenzspektrumanalyse

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

Ab dem 50sten Lebensjahr und bis zum 54sten Lebensjahr können jährlich und ab dem 55sten Lebensjahr können einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:
Hämokkulttest: Test auf okkultes (verborgenes) Blut im Stuhl

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

Ab dem 45sten Lebensjahr und bis zum 65sten Lebensjahr können alle 10 Jahre folgende Untersuchungen durchgeführt werden:
Koloskopie:
Ziffer 3 GOÄ Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung
Ziffer 5 GOÄ Symptombezogene Untersuchung
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

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

Ab dem 35sten Lebensjahr können einmal innerhalb von zwei Jahren folgende Untersuchungen durchgeführt werden:
Ziffer 29 GOÄ Gesundheitsuntersuchung zur Frühkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen
Hautkrebs-Screening, Erweiterung Lupe
Ziffer 750 GOÄ Auflichtmikroskopie der Haut

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
U7a: 34. - 36. 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.

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

<u>Ab dem 19ten Lebensjahr können folgende Untersuchungen durchgeführt werden:</u>
Professionelle Zahnreinigung
Ziffer 0010 GOZ Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes
Ziffer 1040 GOZ Professionelle Zahnreinigung

1350001.pdf Jan13 Seite 3 von 3

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.

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 Tarif AmbulantBASISpur
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

AmbulantBASISpur

Produktlinie **Ambulant**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 125 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 125 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
2 Gesetzliche Zuzahlungen
3 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften

D Sonstige Bestimmungen
1 Kostennachweise
2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
3 Vorleistungen

Fassung 01.2013

Tarif AmbulantBASISpur
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantBASISpur 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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif AmbulantBASISpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantBASISpur

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

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen.
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 125 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V),
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V),
- Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind insgesamt begrenzt auf 125 EUR pro Kalenderjahr.

3 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn) im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland je bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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.

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

D Sonstige Bestimmungen

1 Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantBASISpur genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif AmbulantBASISpur für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Teil III Tarif AmbulantSTARTpur
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

AmbulantSTARTpur

Produktlinie **Ambulant**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

100 % Sehhilfen bis 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
100 % LASIK-Zuschuss bis 500 EUR alternativ zur Sehhilfeversorgung
100 % Restkosten für Hilfsmittel bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 250 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
80 % Naturheilkunde und Heilpraktikerleistungen sowie alternative Arzneimittel bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Sehhilfen
2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
3 Hilfsmittel
4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
6 Arzneimittel
7 Gesetzliche Zuzahlungen
8 Heilbehandlung im Ausland

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Gesundheitsprüfung
4 Beantragungsfrist
5 Unterbrechung des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonstige Bestimmungen
1 Kostennachweise
2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
3 Vorleistungen

1353501.pdf Jan13 Seite 1 von 3

Fassung 01.2013

Tarif AmbulantSTARTpur
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantSTARTpur 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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif AmbulantSTARTpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur.

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

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Sehhilfen
Die tariflichen Leistungen für Brillen (Gestell und Gläser) und Kontaktlinsen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn) entsteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100 % bis zu 500 EUR insgesamt für beide Augen; ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit.

Die tarifliche Leistung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur. Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS und nach Tarifen der Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. werden für den Ablauf der jeweiligen Fristen berücksichtigt; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden jedoch nicht berücksichtigt.

Wird der Anspruch auf Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauffolgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen gemäß Abschnitt B 1.

3 Hilfsmittel
Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen.
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 250 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- von Heilpraktikern oder Ärzten im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die o. g. erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sowie für naturheilkundliche Leistungen sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 6 insgesamt begrenzt auf 250 EUR pro Kalenderjahr.

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

6 Arzneimittel
Erstattungsfähig sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, welche vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist auch, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch naturheilkundliche Arzneimittel, welche im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die o. g. erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für Arzneimittel sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 5 insgesamt begrenzt auf 250 EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

7 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V),
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V),
- Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind insgesamt begrenzt auf 250 EUR pro Kalenderjahr.

8 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen

Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland je bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif AmbulantSTARTpur, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in den Tarif AmbulantPLUS umzustellen.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

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

4 Beantragungsfrist
Das Optionsrecht entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

5 Unterbrechung des Optionsrechts
Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz
Unabhängig 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 § 8 a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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.

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

E Sonstige Bestimmungen

1 Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantSTARTpur genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif AmbulantSTARTpur für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Teil III Tarif AmbulantPLUS
Ergänzungstarif für ambulante Leistungen für GKV-Versicherte

AmbulantPLUS

Produktlinie **Ambulant**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Ambulante Behandlung

100 % Sehhilfen bis 375 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
100 % LASIK-Zuschuss bis 1.000 EUR alternativ zur Sehhilfeversorgung
100 % Restkosten für Hilfsmittel bis 750 EUR im Kalenderjahr
100 % Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen bis 750 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren
80 % Naturheilkunde und Heilpraktikerleistungen sowie alternative Arzneimittel bis 750 EUR im Kalenderjahr
100 % Gesetzliche Zuzahlungen bis 250 EUR im Kalenderjahr
100 % Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Sehhilfen
2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
3 Hilfsmittel
4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
6 Arzneimittel
7 Gesetzliche Zuzahlungen
8 Heilbehandlung im Ausland

C Anpassungsvorschriften

D Sonstige Bestimmungen
1 Kostennachweise
2 Leistungsansprüche gegenüber Dritten
3 Vorleistungen

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Ende der Versicherungsfähigkeit
4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)

Fassung 01.2013

Tarif AmbulantPLUS
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif AmbulantPLUS gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif AmbulantPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS.

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

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Sehhilfen
Die tariflichen Leistungen für Brillen (Gestell und Gläser) und Kontaktlinsen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 375 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
Nach Ablauf von drei Kalenderjahren seit Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) entsteht ein Anspruch auf Erstattung der ambulanten Kosten für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) zu 100 % bis zu 1.000 EUR insgesamt für beide Augen; ein Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit.

Die tarifliche Leistung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger.

Die Frist von drei Kalenderjahren bezieht sich jeweils auf Zeiten einer aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantPLUS. Zeiten einer aktiven Versicherung nach Tarifen der Krankheitskostenversicherungen bei der SIGNAL Krankenversicherung a. G. werden berücksichtigt; Zeiten einer Anwartschaftsversicherung werden jedoch nicht berücksichtigt. Bei einem Wechsel aus dem Tarif AmbulantSTARTpur in den Tarif AmbulantPLUS werden die Zeiten der aktiven Versicherung nach dem Tarif AmbulantSTARTpur ebenfalls berücksichtigt. Dies gilt allerdings nur für den geringeren Leistungsbetrag nach Tarif AmbulantSTARTpur (500 EUR); nach Ablauf von weiteren drei Kalenderjahren seit Tarifbeginn dieses Tarifs entsteht der volle Anspruch (1.000 EUR).

Wird der Anspruch auf Erstattung für die brechkraftverändernde Augenlaserkorrektur ganz oder teilweise beansprucht, dann besteht im entsprechenden Kalenderjahr der Operation und in den drei darauffolgenden Kalenderjahren kein Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen gemäß Abschnitt B 1.

3 Hilfsmittel
Die Leistungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750 EUR pro Kalenderjahr.

4 Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen
Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) die Kosten für gezielte medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen z. B.:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche wie z. B. Audiocheck, Schielvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge.
- Schwangerschaftsvorsorge wie z. B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wie z. B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test ungeachtet der Erfüllung etwaiger Mindestalteranforderungen.
- Allgemeine Vorsorge wie z. B. Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse.

Die tariflichen Leistungen für sämtliche Vorsorgemaßnahmen und Reiseschutzimpfungen werden zu 100 % erbracht und vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 750 EUR innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

5 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- von Heilpraktikern oder Ärzten im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden. Erstattet werden z. B. die Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Die o. g. erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für die Behandlung durch Heilpraktiker sowie für naturheilkundliche Leistungen sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 6 insgesamt begrenzt auf 750 EUR pro Kalenderjahr.

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

6 Arzneimittel
Erstattungsfähig sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, welche vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist auch, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch naturheilkundliche Arzneimittel, welche im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Die o. g. erstattungsfähigen Aufwendungen vermindern sich um eine evtl. Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (siehe Abschnitt B 7). Die nach Abzug der Vorleistung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % erstattet. Die Erstattungen für Arzneimittel sind zusammen mit den Leistungen gemäß Abschnitt B 5 insgesamt begrenzt auf 750 EUR pro Kalenderjahr.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

7 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V),
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V),
- Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattungen für sämtliche vorgenannten Zuzahlungen sind insgesamt begrenzt auf 250 EUR pro Kalenderjahr.

8 Heilbehandlung im Ausland
Berücksichtigungsfähig sind im Ausland während Reisen bis zu acht Wochen Dauer die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung bzw. auf eine unvorhersehbare, akute Verschlechterung eines bestehenden Leidens zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung. Hierzu gehören:

- Arzt und Facharzt,
- Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist, oder alternativ notwendige Transporte in das nächstgelegene Krankenhaus bzw. zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste,
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie,
- Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Gehhilfen sowie Schienen und Stützapparate zur Akutversorgung,
- elektrische und physikalische Heilbehandlung,
- Zahnbehandlung, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie notwendige Reparaturen von Zahnprothesen,
- stationäre Behandlung im Krankenhaus,
- Kosten eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland je bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

C Anpassungsvorschriften

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

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

D Sonstige Bestimmungen

1 Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden. Sind Leistungen der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn für die im Tarif AmbulantPLUS genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif Ambulant-PLUS für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

E Sonderbedingungen nach Tarif AmbulantPLUS (AmbulantPLUSpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C, und D gelten noch folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif AmbulantPLUS auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch "pur" ergänzt (AmbulantPLUSpur).

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif AmbulantPLUS bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

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

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (AmbulantPLUSpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. bzw. 45. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Teil III Tarif ZahnBASISpur
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

ZahnBASISpur

Produktlinie **Zahn**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % der Kosten für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung

50 % der Kosten für Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung

50 % der Kosten für Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung

50 % der Kosten für Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 2.000 EUR jährlich.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Anpassungsvorschriften

1353901.pdf Jan13 Seite 1 von 2

Fassung 01.2013

Tarif ZahnBASISpur
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnBASISpur 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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif ZahnBASISpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnBASISpur.

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

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.

2 Erstattungshöhe
2.1.Zahnersatz
Werden die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, dann werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 50 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 50 % erstattet.

2.3 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt: 50 % von 250 EUR = 125 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR = 75 EUR Erstattungsbetrag.

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

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar:

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR

- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen	2.000 EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf	2.000 EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach den Ziffern 1000-1040 GOZ.

3.3 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.4 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Heilbehandler nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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.

Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

Teil III Tarif ZahnSTARTpur
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

ZahnSTARTpur

Produktlinie **Zahn**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % der Kosten für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung

50 % der Kosten für Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung

50 % der Kosten für Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung

50 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres

50 % der Kosten für Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 2.000 EUR jährlich.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Gesundheitsprüfung
4 Beantragungsfrist
5 Unterbrechung des Optionsrechts
6 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

1354101.pdf Jan13 Seite 1 von 3

Fassung 01.2013

Tarif ZahnSTARTpur
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnSTARTpur 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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif ZahnSTARTpur kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnSTARTpur.

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

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000-1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe
2.1.Zahnersatz
Werden die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, dann werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 50 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 50 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen
Die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 50 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 75 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt: 50 % von 250 EUR = 125 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR = 75 EUR Erstattungsbetrag.

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

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar:

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR

- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen	2.000 EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf	2.000 EUR

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt: Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der unter Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 500 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier unter Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Heilbehandler nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Anpassungsvorschriften

1 Ausübung der Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif ZahnSTARTpur, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung (§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt unberührt; d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden) in noch leistungsstärkere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif ZahnSTARTpur vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

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

4 Beantragungsfrist
Das Optionsrecht entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

5 Unterbrechung des Optionsrechts
Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

1354101.pdf Jan13 Seite 2 von 3

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

D Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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.

Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Teil III Tarif ZahnPLUS
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

ZahnPLUS

Produktlinie **Zahn**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % der Kosten für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung

70 % der Kosten für Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung

70 % der Kosten für Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung

70 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres

70 % der Kosten für Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr 4.000 EUR jährlich.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Optionsrecht
1 Ausübung der Option
2 Voraussetzungen
3 Alterungsrückstellung
4 Gesundheitsprüfung
5 Beantragungsfrist
6 Unterbrechung des Optionsrechts
7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Ende der Versicherungsfähigkeit
4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)

1354301.pdf Jan13 Seite 1 von 3

Fassung 01.2013

Tarif ZahnPLUS
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnPLUS 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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif ZahnPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnPLUS.

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

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000-1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe
2.1 Zahnersatz
Werden die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, dann werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 70 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 70 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen
Die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 70 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 105 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt: 70 % von 250 EUR = 175 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR = 125 EUR Erstattungsbetrag.

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

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar:

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR

- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen	2.000 EUR
- ab dem fünften Kalenderjahr pro Kalenderjahr auf	4.000 EUR

Die Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt: Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der unter Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 700 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier unter Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Heilbehandler nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

C Optionsrecht

1 Ausübung der Option
Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif ZahnPLUS, das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung (§ 8 a Abs. 3 Teil I bleibt unberührt; d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden) in noch leistungsstärkere Zahnzusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot der SIGNAL Krankenversicherung a. G. gehören und alleine zahnärztliche Leistungen vorsehen.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif ZahnPLUS vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

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

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

5 Beantragungsfrist
Das Optionsrecht entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

6 Unterbrechung des Optionsrechts
Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz
Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

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

Im Falle einer Anpassung nach § 8 b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

E Sonderbedingungen nach Tarif ZahnPLUS (ZahnPLUSpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif ZahnPLUS auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch "pur" ergänzt (ZahnPLUSpur).

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif ZahnPLUS bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

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

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 55 auf Antrag
Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnPLUSpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35 bzw. 45. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

Teil III Tarif ZahnTOP
Ergänzungstarif für Zahnleistungen für GKV-Versicherte

ZahnTOP

Produktlinie **Zahn**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Zahnärztliche Behandlung

100 % der Kosten für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung inkl. GKV-Leistung

90 % der Kosten für Zahnersatz (keine Regelversorgung) inkl. GKV-Leistung

90 % der Kosten für Zahnbehandlung inkl. GKV-Leistung

90 % prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen bis 150 EUR (erstattungsfähiger Rechnungsbetrag) im Kalenderjahr inkl. GKV-Leistung ab Vollendung des 21. Lebensjahres

90 % der Kosten für Kieferorthopädie inkl. GKV-Leistung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres

Erstattungshöchstsätze

Die Erstattungshöchstsätze betragen im ersten Kalenderjahr bis zu 1.000 EUR, im zweiten bis vierten Kalenderjahr zusammen 2.000 EUR, ab dem fünften Kalenderjahr besteht keine Begrenzung.

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
2 Erstattungshöhe
3 Einschränkung der Leistungspflicht

C Anpassungsvorschriften

D Sonderbedingungen nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)
1 Tarifbezeichnung
2 Annahmefähigkeit
3 Ende der Versicherungsfähigkeit
4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40
5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag
6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)

1354501.pdf Jan13 Seite 1 von 3

Fassung 01.2013

Tarif ZahnTOP
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif ZahnTOP 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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif ZahnTOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einem vergleichbaren Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn bestehen. Endet die deutsche GKV und besteht auch kein Anspruch auf Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif ZahnTOP

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

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen
Berücksichtigungsfähig sind die medizinisch notwendigen Kosten für

- Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays), Kosten für implantologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen.
- Zahnbehandlung einschließlich Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten. Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.
- Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, sofern die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat.
- Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (inkl. professioneller Zahnreinigungen) nach den Ziffern 1000-1040 der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), sofern die Maßnahmen nach Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

2 Erstattungshöhe
2.1 Zahnersatz
Werden die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V ohne privatärztliche Vergütungsanteile in Rechnung gestellt, dann werden die Kosten zu 100 % erstattet.

Enthalten die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnersatz jedoch vollständig oder teilweise privatärztliche Vergütungsanteile, sodass es sich nicht um eine Regelversorgung gemäß § 55 SGB V handelt, dann werden diese bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 90 % erstattet.

2.2 Zahnbehandlung und Kieferorthopädie
Die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 90 % erstattet.

2.3 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen
Die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 150 EUR pro Kalenderjahr zu 90 % erstattet; dies entspricht einer maximalen Erstattung von 135 EUR.

2.4 Anrechnung von Vorleistungen
Der Betrag der tariflichen Leistung vermindert sich um die Vorleistung der GKV, um Fürsorge- bzw. Heilfürsorgeleistungen des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V. Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV oder dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn, ist dies durch eine Bescheinigung der GKV oder des Arbeitgebers bzw. Dienstherrn zu bestätigen.

Berechnungsbeispiel:
Eingereicht wird eine Zahnersatzrechnung mit privatärztlichen Vergütungsanteilen im Rahmen der GOZ bzw. GOÄ in Höhe von 250 EUR (berücksichtigungsfähiger Rechnungsbetrag). Die Leistung der GKV beträgt 50 EUR. Es gilt: 90 % von 250 EUR = 225 EUR; dieser Betrag vermindert sich um die Vorleistung der GKV in Höhe von 50 EUR = 175 EUR Erstattungsbetrag.

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

Die Leistungen aus diesem Tarif sind insgesamt begrenzt und zwar

- im ersten Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn dieses Tarifs (Tarifbeginn)

vom 01.10. bis 31.12. auf	250 EUR,
vom 01.07. bis 30.09. auf	500 EUR,
vom 01.04. bis 30.06. auf	750 EUR,
vom 01.01. bis 31.03. auf	1.000 EUR,

- im zweiten bis vierten Kalenderjahr auf zusammen 2.000 EUR.

Ab dem fünften Kalenderjahr entfällt die Begrenzung.

Diese Begrenzungen der tariflichen Leistungen entfallen für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Tarifbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht ersetzte Zähne gilt: Die Leistungen aus diesem Tarif sind inkl. der unter Abschnitt B 2.4 genannten Vorleistung begrenzt auf maximal 900 EUR je Implantatversorgung. Dabei dürfen die hier unter Abschnitt B 2.5 Abs. 2 genannten Beträge nicht überschritten werden. Zur Implantatversorgung zählen neben Implantaten und implantatgetragenen Suprakonstruktionen wie z. B. Kronen, Brücken, Prothesen auch die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen inkl. aller anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen wie z. B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen sowie Materialkosten. Diese Begrenzung je Implantatversorgung gilt innerhalb der ersten vier Kalenderjahre ab Tarifbeginn.

3 Einschränkung der Leistungspflicht
3.1 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.

3.2 Nicht erstattungsfähig sind die gemäß Abschnitt B 1 genannten Aufwendungen, wenn der Heilbehandler nicht über eine Kassenzulassung verfügt.

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.

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft die SIGNAL Krankenversicherung a. G., ob gleichzeitig die in Abschnitt B 2 genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

D Sonderbedingungen nach Tarif ZahnTOP (ZahnTOPpur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B und C gelten noch folgende Sonderbedingungen. Die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif ZahnTOP auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung
Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch "pur" ergänzt (ZahnTOPpur).

2 Annahmefähigkeit
Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit
Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40
Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur), erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif ZahnTop bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

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

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag
Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (ZahnTOPpur)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird, 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.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Tarif KlinikUNFALLpur

KlinikUNFALLpur

Ergänzungsschutz für stationäre Behandlung bei Unfall

Produktlinie **Klinik**

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Tarifleistungen KlinikUNFALLpur:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall
- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung
- oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Krankenhaus-Sofortschutz
- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall
- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Wartezeiten
3 Unfallbegriff

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a.G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
1.1 Ärztliche Leistungen
1.2 Stationäre Unterbringung
1.3 Krankenhauswahl
1.4 Krankenhaustagegeld
1.5 Gesetzliche Zuzahlung
1.6 Sofortschutz
1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
1.6.2 Geltungsbereich
1.6.3 Voraussetzungen

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
2.3 Rückführungskosten
2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

3 Leistungsausschlüsse

C Anpassungsvorschriften

Tarif KlinikUNFALLpur
Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikUNFALLpur 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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Versicherungsfähig nach dem Tarif KlinikUNFALLpur sind Personen,
- die in einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder
- deren Erstattungsleistungen nach diesem Tarif zusammen mit Beihilfeansprüchen nicht mehr als 100 % der versicherten Krankheitskosten betragen oder
- die Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Endet die Versicherungsfähigkeit, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikUNFALLpur.

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

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

Versicherungsschutz besteht auch

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- sowie für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a.G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
Erstattungsfähig sind die, nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. A 3) zurückzuführenden, unter 1.1 bis 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach 1.5. Wird keine Kostenerstattung nach 1.1 bis 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach 1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach 1.6.

1.1 Ärztliche Leistungen
Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Unterbringung
Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

1.3 Krankenhauswahl
Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPflV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und

Fassung 01.2012

es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.4 Krankenhaustagegeld
Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß 1.1 bis 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.5 Gesetzliche Zuzahlungen
Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs. 4 SGB V).

1.6 Sofortschutz
1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
Bei unfallbedingter stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem Leistungsverzeichnis des Tarifs KlinikUNFALLpur für Sofortschutz-Leistungen (Anlage).

1.6.2 Geltungsbereich
Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach 1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.6.3 Voraussetzungen
Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es liegt ein Unfall vor (vgl. A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und
- zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. A 3) zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls für:

2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus.

2.3 Rückführungskosten
Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss.

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten
Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu einer Höhe von 11.000 EUR erstattet.

3 Leistungsausschlüsse
Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle und deren Folgen:

- wenn diese als Berufssportler oder bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person überwiegend damit den Lebensunterhalt verdient, verursacht werden,
- wenn diese als Luftfahrzeugführer bzw. Luftbesatzungsmitglied verursacht werden,
- bei Geistes- oder Bewusstseinsstörungen der versicherten Person, auch soweit diese auf Trunkenheit (sofern der Blutalkoholgehalt bei Lenkern von motorisierten Fahrzeugen 0,8 Promille, bei allen anderen Unfällen 1,3 Promille überschreitet) oder der Einnahme von Rauschmitteln oder auf epileptischen Anfällen beruhen,
- für die eine vorsätzliche Straftat der versicherten Person zumindest mitursächlich ist,
- 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 Zeckenbisse) oder geringfügige 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 § 8 a Teil I und II)
Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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 %.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Die wichtigsten Informationen zum stationären Ergänzungstarif KlinikUNFALLpur

Produktlinie **Klinik**

1. Unter welcher Voraussetzung erhalte ich Leistungen aus dem Tarif?
Die tariflichen Leistungen werden für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Deutschland erstattet, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2. Wie hoch ist die Erstattung für ärztliche Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für privatärztliche Behandlung bis zum 3,5fachen Satz der Gebührenordnung für persönlich-ärztliche Leistungen.

Ebenfalls erstattungsfähig sind Kosten für ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) eine Vorleistung erbracht hat.

3. Was ist die GOÄ?
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) ist Grundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Die in der Gebührenordnung (GOÄ) aufgeführten Gebührensätze (Einfachsätze) einzelner Leistungen können innerhalb eines Gebührenrahmens mit einem Faktor multipliziert werden, der die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand und die Umstände bei der Ausführung der Leistung ausdrückt.

Für die Bemessung der einzelnen Gebühr sieht die Gebührenordnung einen Gebührenrahmen

- für die persönlich-ärztlichen Leistungen vom Einfachen bis zum 3,5fachen (=Höchstsatz),
- für die medizinisch-technischen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil vom Einfachen bis zum 2,5fachen und
- für Laborleistungen vom Einfachen bis zum 1,3fachen des Gebührensatzes vor.

In der Regel darf eine Gebühr für persönliche Leistungen nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen sein. Ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes (=Schwellenwert) ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen (schriftliche Begründung des Arztes auf der Rechnung).

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

4. Für welche Art der Unterbringung erhalte ich Leistungen?
Erstattet werden 100 % der Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

5. Welche Leistungen erhalte ich bei Wahl eines anderen Krankenhauses?
Erstattet werden 100 % der Mehrkosten, die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses, als das in der Einweisung des Arztes genannten, entstehen. Voraussetzung für die Leistung ist jedoch, dass das gewählte Krankenhaus für die GKV zugelassen ist.

Die durch die Wahl eines anderen Krankenhauses entstehenden Krankentransportkosten sind nach Vorleistung der GKV bis zu einem Betrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt erstattungsfähig.

6. Werden die gesetzlichen Zuzahlungen erstattet?
Die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage eines stationären Krankenhausaufenthaltes werden zu 100 % erstattet.

7. Was geschieht, wenn ich keine Wahlleistungen in Anspruch nehme?
Werden keine Leistungen für Chefarztbehandlung, Unterkunft im Zweibettzimmer oder die Wahl eines anderen Krankenhauses in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR für jeden vollen Kalendertag (inkl. Aufnahme- und Entlassungstag) erstattet.

8. Welche zusätzlichen Hilfeleistungen erhalte ich bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland?
Der Tarif sieht verschiedene Sofortschutz-Leistungen vor. Er beinhaltet eine Krankenhaus-Soforthilfe und Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitationsmanagement. Hierzu gehören beispielsweise: Anmeldeservice, Menüservice, Rooming-In, Vermittlung von Betreuungen, berufliche Rehabilitation, Fahrdienst, Haushaltshilfe.

Diese Sofortschutz-Leistungen können Sie über das Notfalltelefon unter der Nummer **0231-135 4948** beantragen. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

9. Welche Leistungen erhalte ich nach einem Unfall im Ausland?
Erstattungsfähig sind die Kosten der medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, des Krankentransports in das nächstgelegene Krankenhaus, eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports (nicht für Begleitperson) bzw. bei Tod der versicherten Person die Bestattungskosten im Ausland oder die Überführungskosten.

10. In welchen Fällen ist die Leistung ausgeschlossen?
Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Unfall auf bestimmte Ursachen zurückzuführen ist, wie z. B. Trunkenheit oder Ausübung einer Straftat (die genaue Auflistung der Leistungsausschlüsse entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III B 3).

1339802.pdf Jan12

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

Leistungsverzeichnis der Tarife KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur), KlinikTOP(pur) und KlinikTOP1(pur) für Sofortschutz-Leistungen

Die nachfolgend dargestellten Sofortschutz-Leistungen werden unter den in den Tarifen KlinikUNFALLpur, KlinikSTART(pur), KlinikPLUS(pur), KlinikTOP(pur) und KlinikTOP1(pur) genannten Voraussetzungen erbracht. Der Sofortschutz umfasst Informations-, Beratungs-, Vermittlungs- und Organisationsleistungen. Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht für die unter den Punkten 1.1 und 1.2 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen.

Beantragen Sie Ihre Sofortschutz-Leistungen unverzüglich über das Notfalltelefon unter der Nummer 0231-135 4948. Sofortige Hilfe erhalten Sie unter dieser Nummer rund um die Uhr.

1 Krankenhaus-Sofortschutz

1.1 Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme

Bei einer stationären Heilbehandlung werden auf Wunsch folgende Dienstleistungen vermittelt und organisiert. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu den jeweils genannten Höchstsätzen übernommen. Die Höchstsätze gelten je versicherte Person und je Versicherungsfall.

Anmeldeservice
Unterstützung bei der Anmeldung im Krankenhaus inklusive der Organisation eines Telefon- und Fernsehanschlusses und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

Menüservice
Organisation einer Essenslieferung als Alternative zur Krankenhausverpflegung und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

Besorgung von notwendigen Utensilien
Organisation von notwendigen Utensilien wie z.B. Hygieneprodukte und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR oder alternativ hierzu der einmalige Transport von Kleidung und notwendigen Utensilien bis zu einer Entfernung von 50 Kilometern vom Wohnort zum Krankenhaus.

Besorgung von Unterhaltungsmedien/Spielsachen
Organisation von Unterhaltungsmedien wie z.B. Zeitschriften, Büchern sowie ggf. Spielsachen für versicherte Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 50 EUR.

Hotelunterbringung
Organisation der Unterbringung von Angehörigen in einem dem Krankenhaus nahegelegenen Hotel, sofern dies für den Krankenhausbesuch erforderlich ist und Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

Rooming-In
Organisation der Begleitung des versicherten minderjährigen Kindes durch die Eltern ins Krankenhaus und für einen Aufenthalt der Eltern im Krankenhaus. Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

Schülernachhilfe
Organisation einer Schülernachhilfe nach stationärem Krankenhausaufenthalt von mindestens zwei Wochen für den versicherten Schüler oder minderjährige Kinder und Kostenübernahme bis insgesamt 500 EUR.

Vermittlung von Betreuungen
Vermittelt und organisiert werden im Falle der nachgewiesenen Erforderlichkeit folgende Dienstleistungen inklusive Kostenübernahme für die Dauer von bis zu jeweils fünf Tagen:

- Betreuung von minderjährigen Kindern
- Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger
- Betreuung von Haustieren

Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus am Wohnort
Organisation und Kostenübernahme einer Verlegung in ein geeignetes Krankenhaus in der Nähe des Wohnortes bei ärztlich bestätigter Tauglichkeit für einen Bodentransport.

1.2 Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden für die versicherte Person bei nachgewiesener Erforderlichkeit die nachfolgend beschriebenen Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu fünf Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. nach Durchführung einer nach Tarif KlinikTOP(pur) oder Tarif KlinikTOP1(pur) versicherten, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation übernommen (Kostenübernahme), insgesamt jedoch nicht mehr als 1.000 EUR je versicherte Person und je Versicherungsfall.

Begleitservice
Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien.

Fahrdienst
Bis zu zwei Mal in der Woche wird ein Fahrdienst (Hin- und Rückfahrt) zu Ärzten, Behörden, Krankengymnasten oder anderen Therapeuten und Therapien organisiert.

Menüservice
Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl des Betroffenen durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Besorgungen/Einkäufe
Bis zu zwei Mal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht: Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, den Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)
Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)
Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

1.3 Reha-Management

1.3.1 Informationsdienstleistungen

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen zu den nachfolgend genannten Themenbereichen sowie Kontaktdaten entsprechender Berater:

- Rehabilitationsberater
- Behinderten- und Krankentransport
- Selbsthilfegruppen
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbände und Institutionen
- Soziale Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- Praktische Ärzte in Wohnnähe
- Gartenhilfe, Kinderbetreuung und Nachhilfe
- Reparaturdienste (Kleinarbeiten zu Hause)

1.3.2 Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- bei Bedarf Unterstützung bei Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten

1.3.3 Berufliche Rehabilitation

1.3.3.1 Grundsätzliches zum Anspruch auf berufliche Rehabilitation
Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen der Berufsunfähigkeit keine Rolle.

Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen

Stand: 10.2013

1339603.pdf Okt13 Seite 1 von 2

nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und der Versicherte eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter innehat.

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

1.3.3.2 Leistungsumfang:
Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

a) der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern und Schulen nach Analyse vom Personalberater
d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

1.3.4 Rehabilitation eines Kindes
Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

1.3.5 Soziales Umfeld
Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung

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

Fassung 01.2009

Teil III Tarif KurPLUS
Kurtagegeldtarif

KurPLUS

Der Tarif KurPLUS 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 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 Definition des Kurbegriffs
Als Kur im Sinne dieser Bedingungen gelten medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Anschlussrehabilitation in:

- anerkannten Heilbädern,
- Kur oder Badeorten,
- Kurkrankenanstalten unter ständiger ärztlicher Aufsicht,
- Sanatorien,
- Heilstätten oder Krankenanstalten, die Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen.

2 Leistungsumfang
2.1 Im Rahmen dieses Tarifs wird ein Kurtagegeld bei einer zielgerichteten medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Kur erbracht.

2.2 Die Leistungen werden innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zur Dauer von 30 Tagen gezahlt. Der Dreijahreszeitraum umfasst jeweils das Jahr des letzten Tages der Kur und die beiden vorangegangenen Jahre.

2.3 Das Kurtagegeld kann in einem Vielfachen von 5 EUR abgeschlossen werden. Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Tagessatz ergänzt (Beispiel: KurPLUS 20).

3 Leistungsvoraussetzungen
3.1 Ein Anspruch auf das Tagegeld besteht nur, wenn die Kur eine Mindestdauer von 14 Tagen hat und folgende Unterlagen vorgelegt werden:

- ein vor Beginn der Kurbehandlung erstelltes ärztliches Attest des behandelnden Haus- bzw. Facharztes als Nachweis über die medizinische Notwendigkeit. Dieser Nachweis hat die relevanten Diagnosen, eine ausführliche Begründung über die Notwendigkeit und eine Verordnung über Art und Umfang der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu enthalten;
- ein ärztlich erstellter Kur- bzw. Therapieplan (nicht erforderlich im Falle einer Anschlussrehabilitation) und
- ein Abschlussbericht eines (Kur-)Arztes, der die Dauer und Durchführung der zielgerichteten, medizinisch notwendigen Kur bestätigt.

3.2 Bei ambulanten Kuren, bei denen es sich nicht um eine Anschlussrehabilitation handelt, darf die Kur ergänzend zu Abschnitt B 3.1 nicht am ständigen Wohnsitz der versicherten Person durchgeführt werden.

3.3 Ein Kurgeld bei einer Kur im Ausland wird ungeachtet der unter Abschnitt B 3.1 bis 3.2 genannten Voraussetzungen nur nach vorheriger Zusage durch den Versicherer erbracht.

C Anpassungsvorschriften

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

1354701.pdf Jan14

Fassung 01.2014

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 nimmt einen Antrag auf Unwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 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; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(6) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(7) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

(8) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

Teil II 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.

Fassung 01.2014

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(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.

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II 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; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschut-

zes 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. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 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 von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei

einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II 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-E 8, ESP-E 15, ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274, ESP-E 365

Krankentagegeldtarife für Arbeitnehmer und Selbstständige

ESP-E
Einkommens**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
- Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
- Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige

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

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag
1 Versicherungsfähigkeit
2 Geltungsbereich
3 Ende des Versicherungsschutzes
3.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
3.2 Möglichkeit zur Vertragsfortführung ab dem 65. Lebensjahr

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)
1 Karenzzeit und Leistungsdauer
2 Karenzzeit bei erneuter Arbeitsunfähigkeit
3 Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
4 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige
5 Höhe der Versicherungsleistung
5.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
5.2 Anrechnung anderweitiger Leistungen

C Anpassungsvorschriften

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Die Tarife ESP-E 8, ESP-E 15, ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 und ESP-E 365 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (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 und einkommensteuerpflichtig sind. Die Tarife ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 und ESP-E 365 können außerdem von Personen gewählt werden, die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

2 Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland gemäß § 1 Abs. 7 Teil I wird bei Arbeitsunfähigkeit auch bei ambulanter Behandlung das tarifliche Krankentagegeld gezahlt, wenn und solange die versicherte Person nachweislich wegen Transportunfähigkeit die Rückreise nicht antreten kann. Ein ärztlicher Nachweis der Transportunfähigkeit ist zu erbringen.

Ohne besondere Vereinbarung wird auch bei einem Aufenthalt bis zu sechs Monaten im außereuropäischen Ausland für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle im vertraglichen Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Krankenhausbehandlung Krankentagegeld gezahlt. Bei längerem Aufenthalt kann der Versicherungsschutz zu besonderen Vereinbarungen gewährt oder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen werden.

Die Schweiz wird den in § 1 Abs. 8 Teil I genannten Staaten gleichgestellt.

3 Ende des Versicherungsschutzes (zu § 15 Teil I und II)
3.1 Eintritt der Berufsunfähigkeit
Ein Fall der Berufsunfähigkeit im Sinne des § 15 Abs. 1 b) Teil I liegt auch dann vor, wenn ein gesetzlicher oder privater Versicherungsträger Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung feststellt bzw. die versicherte Person eine Berufsunfähigkeitsrente oder eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung bezieht.

Wird für die versicherte Person in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall ein Rentenantrag wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung gestellt und hat der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bis zum Ablauf der Drei-Monats-Frist des § 15 Abs. 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.

3.2 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-E 8,
- 14 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 15,
- 21 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 22,
- 28 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 29,
- 42 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 43,
- 91 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 92,
- 182 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 183,
- 273 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 274,
- 364 leistungsfreien Tagen im Tarif ESP-E 365

seit Beginn der völligen Arbeitsunfähigkeit an gezahlt.

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

Tritt jedoch in den Tarifen ESP-E 22, ESP-E 29, ESP-E 43, ESP-E 92, ESP-E 183, ESP-E 274 oder ESP-E 365 innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden bereits vorliegende und nachgewiesene Zeiten der Arbeitsunfähigkeit

1340602 .pdf Jul11 Seite 1 von 2

Fassung 07.2011

auf die Karenzzeit angerechnet. Hierbei werden die Zeiten innerhalb der letzten zwölf Monate seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit bzw. der ersten nach Ablauf von sechs leistungsfreien Monaten eingetretenen Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolge berücksichtigt.

Steht die Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang mit einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit, erfolgt keine Anrechnung auf die Karenzzeit.

3 Leistungen bei Wiedereingliederung für Arbeitnehmer
Findet im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit, für die der Versicherer Krankentagegeldleistungen erbracht hat, eine Wiedereingliederungsmaßnahme statt, zahlt der Versicherer das versicherte Krankentagegeld. Zahlungen des Arbeitgebers werden in voller Höhe auf das Krankentagegeld angerechnet.

Voraussetzung ist, dass nach ärztlicher Bescheinigung die teilweise Aufnahme der Berufstätigkeit medizinisch angezeigt ist.

4 Leistungen bei Teilarbeitsunfähigkeit für Selbstständige (zu § 1 Abs. 3 Teil I)
Besteht im unmittelbaren Anschluss an eine völlige Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Wochen Teilarbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %, gewährt der Versicherer die Hälfte des versicherten Krankentagegeldes.

Anspruch auf dieses Krankentagegeld besteht für die Dauer der teilweisen beruflichen Tätigkeit, wenn deren Aufnahme medizinisch angezeigt ist und dies ärztlich bescheinigt wird, längstens jedoch für 28 Tage.

5 Höhe der Versicherungsleistung
5.1 Herabsetzung bei Einkommenssenkung
Abweichend von § 4 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 staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

Teil I Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV 2013) §§ 1-26

Der Versicherungsschutz

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig nach diesen Bedingungen sind Personen, die

- in der gesetzlichen Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung und private Pflegepflichtversicherung) versichert sind und
- für diesen Vertrag eine Pflegevorsorgezulage gemäß § 126 SGB XI (siehe Anhang) erhalten.

Die §§ 23 Absatz 2 Nr. 6, 24 und 26 Absatz 4 bleiben unberührt.

(2) Nicht versicherungsfähig sind Personen, die

- vor Abschluss des Versicherungsvertrags bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen oder bezogen haben oder
- das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 2a Besondere Mitwirkungspflichten des Versicherten

(1) Bei Abschluss des Vertrages hat der Versicherte zu bestätigen, dass die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit nach § 1 vorliegen. Die Bestätigung erfolgt in Schriftform, soweit nicht eine andere Form vereinbart ist.

(2) Jede Änderung der Verhältnisse, die zu einem Wegfall der Versicherungsfähigkeit führt, insbesondere auch das Ende der Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung, ist dem Versicherer unverzüglich in Textform anzuzeigen, es sei denn, es wurde eine erleichterte Form vereinbart.

§ 2b Hinweispflichten des Versicherers

(1) Vergibt die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Zulagenummer für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung auf Antrag des Versicherers gemäß § 128 Absatz 1 Satz 3 SGB XI (siehe Anhang) teilt der Versicherer diese Zulagenummer dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Die Mitteilung an den Versicherungsnehmer gilt gleichzeitig als Mitteilung an sämtliche mitversicherte Personen.

(2) Teilt die zentrale Stelle dem Versicherer mit, dass für eine versicherte Person kein Anspruch auf Zulage besteht, informiert der Versicherer hierüber innerhalb von einem Monat nach Eingang des entsprechenden Datensatzes unter Hinweis auf die Rechte nach § 25. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 3 Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer leistet im Versicherungsfall in vertraglichem Umfang ein Pflegemonats- oder Pflegetagegeld.

(2) Der Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich in ihrer Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI (siehe Anhang) eingeschränkt ist.

(3) Der Versicherungsfall beginnt mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang); bei Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des Versicherers zugrunde zu legen, bei dem die private Pflegepflichtversicherung besteht. Der Versicherungsfall endet, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) mehr vorliegt.

(4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften.

(5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung nur in eine andere mit einer Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang) förderfähige Versicherung bei dem gleichen Versicherer verlangen.

Die erworbenen Rechte bleiben bei der Umwandlung erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschaftsversicherung und ruhender Versicherung, solange nicht, wie der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund fortbesteht. Die Umwandlung einer nicht geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in eine staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung kann nicht verlangt werden.

§ 4 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf der vereinbarten Wartezeit nach § 5. An Stelle einer schriftlichen Annahmeerklärung kann eine erleichterte Form vereinbart werden. Bei Vertragsänderungen gilt Satz 1 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 5 Wartezeit

(1) Die Wartezeit rechnet vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die Wartezeit beträgt fünf Jahre, soweit nicht eine kürzere Wartezeit vereinbart ist.

(3) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 6 Beginn und Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen. Das Pflegemonatsgeld beträgt in Pflegestufe III mindestens 600 Euro. In der Pflegestufe I beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 20 Prozent und in Pflegestufe II mindestens 30 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III. Besteht ausschließlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang), beträgt das Pflegemonatsgeld mindestens 10 Prozent des Pflegemonatsgeldes der Pflegestufe III.

Wird ein Pflegetagegeld vereinbart, darf die Summe der monatlich erbrachten Tagegelder die vorgenannten Beträge nicht unterschreiten.

(2) Das vereinbarte Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird gezahlt, wenn der Versicherungsfall nach § 3 Absatz 3 festgestellt wurde und die versicherte Person für diesen Versicherungsfall Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung für eine der Pflegestufen I bis III gemäß § 15 SGB XI (siehe Anhang) oder bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung bezieht. Davon abweichend besteht die Leistungspflicht auch dann, wenn die Leistung der sozialen Pflegeversicherung nach § 34 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) oder nach den entsprechenden Versicherungsbedingungen in der privaten Pflegepflichtversicherung ruht.

Für die Zuordnung einer versicherten Person zu einer der Pflegestufen I bis III und das Bestehen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 verbindlich.

(3) Von der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte pflegestufenrelevante Änderungen der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI (siehe Anhang) sind dem Versicherer anzuzeigen.

(4) Die Versicherungsleistungen dürfen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Höhe der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nicht überschreiten. Eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist zulässig.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherungsnehmer erhält die Leistungen auf Antrag. Voraussetzung ist, dass die vereinbarte Wartezeit (vgl. § 5) erfüllt ist. Die Leistungen werden vom Beginn der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung an erbracht. Sie werden jedoch frühestens ab dem Zeitpunkt ausgezahlt, in dem die Feststellungen nach § 3 Absatz 3 und der Beginn des Anspruchs auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung schriftlich nachgewiesen werden.

(2) Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalles werden Pflegemonats- oder Pflegetagegeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

(3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(4) Das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld wird ohne Kostennachweis jeweils zum Ende eines jeden Monats gezahlt, in dem Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI (siehe Anhang) oder erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (siehe Anhang) besteht, soweit der Tarif mit Tarifbedingungen nichts Abweichendes regelt.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform oder in einer anderen vereinbarten erleichterten Form als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

Fassung 08.2013

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 9 Beitragszahlung
(1) Der Beitrag ist, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist, ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der Beitrag setzt sich aus einem Eigenanteil von mindestens 10 Euro und der Zulage in Höhe von 5 Euro zusammen. Der Zulagenanteil des Beitrags wird vom Versicherer bis zur Zahlung der Zulage durch die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) an den Versicherer gestundet.

(2) Der erste Beitrag ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen. Die Erteilung eines Auftrages zum Beitragseinzug gilt als Zahlung des Beitrags, sofern die Lastschrift eingelöst und der Einlösung nicht widersprochen wird.

(3) Wird ein Beitrag nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherungsnehmer zum Ausgleich der Kosten verpflichtet, die dem Versicherer im Rahmen der Beitreibung entstehen.

(4) Nicht rechtzeitige Zahlung eines Beitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der im Tarif mit Tarifbedingungen festgelegten Mahnkosten verpflichtet. Tritt der Versicherer vom Vertrag zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(5) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Versicherungsperiode beendet, steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur der Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

(6) Der Beitrag ist bis zum Ablauf des Tages zu zahlen, an dem das Versicherungsverhältnis endet.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 10 Beitragsberechnung
(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge werden nicht erhoben. Leistungsausschlüsse werden nicht vereinbart. Eine Gesundheitsprüfung findet nicht statt.

§ 11 Beitragsanpassung
(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegedauer, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist.

Ändert sich die vertragliche Leistungszusage des Versicherers aufgrund der dem Versicherungsverhältnis zugrundeliegenden gesetzlichen Bestimmungen, ist der Versicherer berechtigt, die Beiträge mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders entsprechend dem veränderten Bedarf zu erhöhen oder zu verringern. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet. Erhöht der Versicherer die Beiträge, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 12 Überschussbeteiligung
(1) Nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften wird aus dem Abrechnungsverband der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, welche ausschließlich den Versicherungsnehmern zu Gute kommt. Dies kann in folgender Form geschehen:

a) Limitierung von Beitragsanstiegen bei Beitragsanpassungen,
b) Anrechnung auf den Beitrag,
c) Erhöhung der Leistung oder
d) Zuführung zur Alterungsrückstellung, wobei diese Beträge ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrbeiträge aus Beitragserhöhungen oder eines Teils der Mehrbeiträge zu verwenden sind, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung der Mehrbeiträge nicht ausreichen. Nicht verbrauchte Beträge sind mit Vollendung des 80. Lebensjahres des Versicherten zur Prämiensenkung einzusetzen.

(2) Die Form und der Zeitpunkt der Verwendung erfolgt nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders.

§ 13 Erhalt der Förderfähigkeit
Sollte der vereinbarte Beitrag für eine versicherte Person unter 15 Euro monatlich sinken (vgl. § 9 Absatz 1), setzt der Versicherer zum Erhalt der Förderfähigkeit den Beitrag neu fest und erhöht insoweit das Pflegemonats- oder Pflegetagegeld. Der Versicherer teilt dies dem Versicherungsnehmer in Textform mit. Der Versicherungsnehmer kann den Änderungen innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung widersprechen. In diesem Fall werden die Änderungen nicht wirksam und die Versicherungsfähigkeit (§ 1 Absatz 1) entfällt mit der Folge, dass der Vertrag endet (§ 19 Absatz 3). Für die Kindernachversicherung gilt § 24.

§ 14 Obliegenheiten
Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 7 Absatz 5) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

§ 15 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 14 genannte Obliegenheit verletzt wird.

(2) Entstehen dem Versicherer durch eine Verletzung der Obliegenheit nach § 14 zusätzliche Aufwendungen, kann er vom Versicherungsnehmer dafür Ersatz verlangen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 16 Aufrechnung
Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 17 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er die Versicherung binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt ihres Eintritts kündigen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen. Für den Fall der Vereinbarung einer Ruhenszeit nach § 23 beginnt die Dreimonatsfrist mit dem Ende der Ruhenszeit, wenn Hilfebedürftigkeit weiter vorliegt. Später kann der Versicherungsnehmer die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem der Nachweis der Hilfebedürftigkeit vorgelegt wird.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 11 oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 22 Absatz 1, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung

zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(7) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 18 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(4) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 17 Absatz 7 Satz 1 und 2 entsprechend.

§ 19 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn eine der in § 1 Absatz 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit entfällt. Besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage, da die zentrale Stelle nach § 128 Absatz 2 SGB XI (siehe Anhang) die Pflegevorsorgezulage einem anderen Vertrag zugeteilt hat, bleibt das Versicherungsverhältnis abweichend von Satz 1 bestehen, wenn der Versicherungsnehmer gegenüber dem Versicherer innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Mitteilung über das Ermittlungsergebnis nach § 2b Absatz 2 Satz 2 nachweist, dass der andere Vertrag, für den die Pflegevorsorgezulage gewährt wurde, aufgehoben und der Antrag auf Zulage hierfür storniert wurde.

(4) Die §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) sowie § 9 Absatz 4 bleiben unberührt.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Sonstige Bestimmungen

§ 20 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht eine erleichterte Form vereinbart ist.

§ 21 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 22 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens, insbesondere bei Inkrafttreten eines Gesetzes, aufgrund dessen sich die Versicherungsleistungen wegen eines anderen Pflegebedürftigkeitsbegriffes verändern, können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen. Ein unabhängiger Treuhänder muss die Voraussetzungen für die Änderungen vorher überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt haben. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgebenden Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. Vermindert der Versicherer die Leistungen, hat der Versicherungsnehmer ein Sonderkündigungsrecht gemäß § 17 Absatz 4.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des 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.

(3) Ändern sich die gesetzlichen Voraussetzungen für die staatliche Förderung der geförderten ergänzenden Pflegeversicherung, ist der Versicherer berechtigt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen nach Maßgabe des Absatzes 1 entsprechend anzupassen.

§ 23 Ruhen bei Hilfebedürftigkeit

(1) Ist der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder würde er allein durch die Zahlung des Beitrags hilfebedürftig, kann er den Versicherungsvertrag drei Jahre ruhen lassen. Der Tarif mit Tarifbedingungen kann einen längeren Zeitraum vorsehen. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

(2) In der Ruhenszeit gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit folgenden Änderungen fort:

1. Leistungen des Versicherers werden nicht erbracht, für während der Ruhenszeit eingetretene Versicherungsfälle besteht die Leistungspflicht erst nach Wiederaufleben der Versicherung.
2. Es sind keine Beiträge zu zahlen.
3. Der Lauf von Fristen und der Wartezeit nach § 5 wird nicht unterbrochen.
4. Die Ruhenszeit endet, wenn Hilfebedürftigkeit nicht mehr besteht, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Laufzeit. Das Ende der Hilfebedürftigkeit ist unverzüglich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.
5. Mit der Beendigung der Ruhenszeit tritt die ursprüngliche Versicherung wieder in Kraft. Als Beitrag ist der Neugeschäftsbeitrag zum erreichten Alter unter Anrechnung der vor der Ruhenszeit aufgebauten Alterungsrückstellungen zu zahlen.
6. In Abweichung zu § 1 Absatz 1 ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage während des Ruhens keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

§ 24 Kindernachversicherung

(1) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeit ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein und nicht geringer als der Versicherungsschutz nach § 6 Absatz 1.

(2) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.

(3) Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage keine Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit. Der Beitrag darf 15 Euro monatlich unterschreiten; eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht.

(4) Ab Vollendung des 18. Lebensjahres richtet sich die Versicherungsfähigkeit nach § 1. Liegt der Beitrag unter 15 Euro monatlich, gilt § 13. Werden in diesem Zeitpunkt bereits Leistungen nach § 123 SGB XI (siehe Anhang) oder wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Vierten Kapitel des SGB XI aus der sozialen Pflegeversicherung oder gleichwertige Vertragsleistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung bezogen, gilt abweichend von Satz 1 Absatz 3; § 13 findet keine Anwendung.

§ 25 Mehrfachversicherung

Bestehen für eine versicherte Person bei verschiedenen Versicherern Versicherungsverträge über die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag nicht als erster abgeschlossen wurde, die Stornierung des Antrags auf Pflegevorsorgezulage und die Aufhebung des Versicherungsvertrages verlangen.

Stornierung und Aufhebung können nur zusammen verlangt werden. Der Versicherer bestätigt dem Versicherungsnehmer unverzüglich die Aufhebung des Vertrages und die Stornierung des Antrags auf Zulage. Er kann im Fall der Aufhebung des Versicherungsvertrages und Stornierung des Antrags auf Zulage eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

§ 26 Anwartschaft

(1) Für die Anwartschaftsversicherung gelten die Regelungen der §§ 1 bis 25, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

(2) Während der Anwartschaftsversicherung darf der Beitrag den Mindestbeitrag von 15 Euro (vgl. § 9 Absatz 1 Satz 3) unterschreiten. Eine Stundung gemäß § 9 Absatz 1 Satz 4 erfolgt nicht. Ein Antrag auf Zulage wird für den Zeitraum der Anwartschaftsversicherung nicht gestellt.

(3) Endet die Versicherungsfähigkeit, weil der Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 126 SGB XI (siehe Anhang) in den Fällen des § 19 Absatz 3 Satz 2 entfällt oder weil die Versicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung endet (vgl. § 1 Absatz 1), wird die beendete Versicherung auf Antrag des Versicherungsnehmers als Anwartschaft fortgesetzt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat verlegt, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist. Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Versicherung oder der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthalts zu stellen.

(4) In Abweichung zu § 1 Absatz 1 sind in der Anwartschaftsversicherung auch Personen versicherungsfähig, die keinen Anspruch auf Pflegevorsorgezulage haben.

(5) Durch den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung erwirbt die versicherte Person das Recht, die Versicherung in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung in Kraft zu setzen, wenn die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Der Beitrag nach Aufleben des Versicherungsschutzes richtet sich nach dem erreichten Alter unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen.

(6) Für die Dauer der Anwartschaft ist monatlich ein Beitrag zu zahlen. Es besteht kein Anspruch auf Pflegevorsorgezulage nach § 127 Absatz 1 SGB XI (siehe Anhang).

(7) Bei einer Änderung der Beiträge in der der Anwartschaftsversicherung zugrunde liegenden staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung gemäß § 11 werden die Beiträge für die Anwartschaftsversicherung zum selben Zeitpunkt neu festgesetzt.

(8) Für die Dauer der Anwartschaft besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen. Während der Anwartschaft eingetretene Versicherungsfälle sind für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit der Anwartschaft fällt. Zeiten einer Anwartschaft werden auf die Wartezeit nach § 5 angerechnet.

(9) Die Anwartschaftsversicherung endet, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht mehr vorliegen. Die Versicherung wird in diesen Fällen rückwirkend zum Ersten des Monats, in dem der Versicherungsnehmer die Wiedererlangung der Förderfähigkeit nachweist, in der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung fortgeführt.

Anhang zu den MB/GEPV 2013 - Gesetzesauszüge -

Stand: 01.2013

Sozialgesetzbuch SGB - Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit
(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches 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, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

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

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 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) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

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

§ 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 § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) 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

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. 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 nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

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

(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegeklasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

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

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der

Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.

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

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

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

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

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 66 Absatz 4 Satz 2 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 123 Übergangsregelung: verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38) sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.

§ 126 Zulagenberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege- Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege- Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127 Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen
(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens
(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagenfähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagennummer der zulagenberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagennummer.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

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

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

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit
(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.

Teil II Tarif PflegeBAHR PflegeBAHR

Pflegegeldtarif der staatlich geförderten ergänzenden Pflegeversicherung

Der Tarif PflegeBAHR gilt in Verbindung mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (Musterbedingungen MB/GEPV 2013).

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Wartezeiten (zu § 5 Teil I)
Abweichend von § 5 Absatz 2 Teil I entfällt die Wartezeit bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit, sofern der Unfall sich nach Vertragsabschluss ereignet hat.

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

Als Unfall im Sinne dieser Bedingung gilt auch jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt. Die Wartezeit entfällt somit auch, wenn sich die Pflegebedürftigkeit ergibt aus

- Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- Erfrierungen,
- unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche,
- unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Voraussetzung für den Entfall der Wartezeit bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit auf Grund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird.

2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer (zu § 17 Teil I)
Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde, wird der Vertrag gemäß § 17 Abs. 1 Teil I für die Dauer von einem Jahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

B Leistungen des SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 6 und § 7 Teil I)

Abweichend zu § 7 Teil I wird die monatliche Leistung gemäß Abschnitt B 1 und B 2 zu Beginn des jeweiligen Folgemonats gezahlt.

1 Pflegegeldleistung
Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) wird ein monatliches Pflegegeld geleistet. Das Pflegegeld beträgt in der

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

des versicherten Monatssatzes. Es gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen.

Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Monatssatz ergänzt (Beispiel: PflegeBAHR 1200).

2 Betreuungsgeld
Besteht aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI und liegt keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI vor, so wird ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) in Höhe von 10% des versicherten Monatssatzes gezahlt.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV oder liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI vor, so endet der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld.

3 Erhöhung des Pflegegeldes
Das vereinbarte Pflegegeld erhöht sich ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 5 %, maximal jedoch in Höhe der durchschnittlichen allgemeinen Inflationsrate der jeweils vorausgegangenen drei Jahre gemäß § 6 Abs. 4 Teil I. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegegeldes nicht geändert hat und
- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist und kein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI besteht.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt vereinbarten Monatssatz und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen für diese versicherte Person.

Weitere Möglichkeiten der Erhöhung des Monatssatzes - mit Ausnahme der Erhöhung zum Erhalt der Förderfähigkeit gemäß Abschnitt C 3 - bestehen nicht.

C Beiträge / Förderfähigkeit

1 Beitragsberechnung (zu § 10 Teil I)
Für die im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 24 Teil I in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag zum niedrigsten Erwachsenenalter zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 10 Abs. 2 Teil I.

Das Eintrittsalter gemäß § 10 Abs. 2 Teil I entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifes.

2 Beitragsberechnung der Anwartschaftsversicherung (zu § 26 Teil I)
Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung gemäß § 26 Teil I ist das Produkt aus dem jeweils gültigen Prozentsatz und dem jeweils gültigen Bezugsbeitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifes.

Die Bemessung des in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegten Prozentsatzes richtet sich nach dem jeweiligen Eintrittsalter, für bestehende Versicherungsverhältnisse nach dem bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

Bezugsbeitrag ist der Beitrag zum bisher gültigen Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z. B. Beitragsanpassungen).

Die für die Anwartschaftsversicherung gezahlten Beiträge werden nicht zurückgezahlt, auch dann nicht, wenn der in Anwartschaft stehende Versicherungsschutz nicht in Kraft treten soll.

3 Erhalt der Förderfähigkeit (zu § 13 Teil I)
Erhöht die SIGNAL Krankenversicherung a. G. das monatliche Pflegegeld gemäß § 13 Teil I, dann wird das monatliche Pflegegeld auf den nächsten vollen Euro gerundet.

1353002.pdf Aug13

Fassung 08.2013

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 nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner ist für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeit (§ 3 Abs. 3) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Teil II 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

Fassung 01.2014

§ 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
(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei Prüfung der Leistungspflicht eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
Teil I MB/EPV
(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für Versicherungsfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder deren Ursachen als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
b) für Versicherungsfälle, die auf Vorsatz oder Sucht beruhen;
c) vorbehaltlich der Regelung des § 1 Abs. 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.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

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.

(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; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II 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 entrichten. Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der niedrigste Erwachsenenbeitrag zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8a (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. Die Differenzierung der Beobachtungseinheit für Erwachsene nach dem Geschlecht gilt nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.

(2) Soweit im Tarif (Teil III) nichts anderes bestimmt ist, gilt als tariflicher Vomhundertsatz im Sinne von § 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)*.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

(3) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Die Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(4) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(5) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Pflegebedürftigkeit zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die deren Überwindung oder Besserung hinderlich sind.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

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.

*) entfällt bei Pflegetagegeldversicherung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
Teil I MB/EPV
(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren , mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter gilt, oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer die Beiträge gemäß § 8b oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(5) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Teil II 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 Bundesrepublik Deutschland verlegt, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen Beitragszuschlag verlangen.

Teil II 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.

Teil III Tarif PflegeBAHRPLUS PflegeBAHRPLUS

Ergänzungstarif für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung

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

Teil I Musterbedingungen MB/EPV 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Der Tarif PflegeBAHRPLUS kann nur zusätzlich zu einer Versicherung nach dem Tarif PflegeBAHR bestehen. Endet der Tarif PflegeBAHR, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif PflegeBAHRPLUS.

Ruht der Tarif PflegeBAHR, so ruht auch der Tarif PflegeBAHRPLUS. Wird für den Tarif PflegeBAHR eine Anwartschaftsversicherung vereinbart, so ist auch der Tarif PflegeBAHRPLUS in Anwartschaft zu führen.

Der Tarif PflegeBAHRPLUS kann ausschließlich in Höhe des versicherten Monatssatzes des Tarifes PflegeBAHR abgeschlossen werden.

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

3 Bestimmungen zur Anwartschaftsversicherung
Abweichend von Abschnitt A 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung kann die Anwartschaftsversicherung für den Tarif PflegeBAHRPLUS nur für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung des Tarifes PflegeBAHR vereinbart werden.

Abweichend von Abschnitt B 3 a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung gilt, dass der Tarif PflegeBAHRPLUS zum Ersten des Monats aktiv fortgeführt wird, in dem der Versicherungsnehmer den Wegfall der Voraussetzung zur Anwartschaftsversicherung nachweist.

B Leistungen der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

Ergänzend zu § 1 Teil I und II wird für die Leistungen gemäß Abschnitt B 1 und B 2 der Kalendermonat auf 30 Tage festgesetzt unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Tage im Monat.

Die Leistungen gemäß Abschnitt B 1 und B 2 werden als monatlicher Betrag erbracht und werden im Folgenden als Pflegegeld bzw. Betreuungsgeld bezeichnet. Die Tarifbezeichnung wird um den versicherten Monatssatz ergänzt (Beispiel: PflegeBAHRPLUS 1200).

Ergänzend zu § 6 Absatz 4 Teil II wird die monatliche Leistung gemäß Abschnitt B 1 und B 2 zu Beginn des jeweiligen Folgemonats gezahlt. Bei untermonatlichem Beginn und Ende des Versicherungsfalls wird das Pflegegeld bzw. Betreuungsgeld jeweils für den vollen Monat gezahlt.

1 Pflegegeldleistung
Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) wird ein monatliches Pflegegeld geleistet. Das Pflegegeld beträgt in der

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

des versicherten Monatssatzes. Es gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht. Das Pflegegeld wird entsprechend der Pflegestufe auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

Während der leistungsfreien Wartezeit des Tarifes PflegeBAHR (vgl. Abschnitt A 1 Teil II des Tarifes PflegeBAHR und § 5 der Musterbedingungen für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (MB/GEPV)), verdoppelt sich eine nach diesem Abschnitt B 1 zu erbringende Pflegegeldleistung.

2 Betreuungsgeld
Besteht aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI, so wird ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) in Höhe von 10% des versicherten Monatssatzes gezahlt.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV, so endet der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld. Der Anspruch auf das Betreuungsgeld endet nicht, wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI nachgewiesen wird.

Während der leistungsfreien Wartezeit des Tarifes PflegeBAHR (vgl. Abschnitt A 1 Teil II des Tarifes PflegeBAHR und § 5 MB/GEPV) verdoppelt sich ein nach diesem Abschnitt B 2 zu erbringendes Betreuungsgeld, sofern keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist.

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

4 Beitragsbefreiung
Wird für eine versicherte Person Pflegegeld nach diesem Tarif für die Pflegestufe III gezahlt, so wird der Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Versicherungsbeginn dieses Tarifes (Tarifbeginn) noch keine Pflegestufe III bestand oder beantragt wurde.

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 § 14 SGB XI besteht Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistanceleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 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 SPV bzw. PPV 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 Pflegegeldes
Das vereinbarte Pflegegeld erhöht sich ohne erneute Gesundheitsprüfung alle drei Jahre zum 1. Juli um 5 %, maximal jedoch in Höhe der durchschnittlichen allgemeinen Inflationsrate der jeweils vorausgegangenen drei Jahre gemäß Abschnitt B 3 des Tarifes PflegeBAHR. Voraussetzung ist, dass bis zu diesem Zeitpunkt

- die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- der Versicherungsschutz nach diesem Tarif in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegegeldes nicht geändert hat und
- keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist und kein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI besteht.

Die Erhöhung bezieht sich auf den zuletzt versicherten Monatssatz und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

Fassung 08.2013

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

Hat der Versicherungsnehmer zwei aufeinander folgenden Erhöhungen des Pflegegeldes für eine versicherte Person widersprochen, so erlischt der Anspruch auf künftige Erhöhungen - ohne erneute Gesundheitsprüfung - für diese versicherte Person.

C Beiträge / Anpassungsvorschriften

1 Beitragsberechnung (zu § 8 a Teil I und II)
Für die in den Versicherungsvertrag mit eingeschlossenen Kinder ist von dem auf die Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monatsersten an der Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Von dem auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag zum niedrigsten Erwachsenenalter zu entrichten. Die Umstufung vom Beitrag für Kinder auf den Beitrag für Jugendliche und vom Beitrag für Jugendliche auf den Erwachsenenbeitrag gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a Abs. 2 Teil I.

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

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Teil III Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP Pflegetagegeldtarife

PflegeSTART
PflegePLUS
PflegeTOP

Produktlinie **PflegeSchutz Unisex**

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 zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)
Die Tarife PflegeSTART, PflegePLUS und PflegeTOP können nur zusätzlich zu einer in Deutschland bestehenden sozialen 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 der SIGNAL Krankenversicherung a. G. (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Pflegetagegeldleistung
Ein Pflegetagegeld wird abweichend von § 1 Abs. 2 Teil I geleistet, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) vorliegt. 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. Abweichend von § 1 Abs. 6 Teil I gelten die in § 15 SGB XI festgelegten Pflegestufen.

Anspruch auf das Pflegetagegeld bei Pflegestufe I oder II nach Tarif PflegeSTART bzw. Pflegestufe I nach Tarif PflegePLUS besteht ausschließlich, wenn sich die Pflegebedürftigkeit aus einem nach Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifs (Tarifbeginn) eingetretenen Unfall ergibt.

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

Als Unfall im Sinne dieser Bedingung gilt auch jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt. Versicherungsschutz besteht somit auch, wenn sich die Pflegebedürftigkeit ergibt aus

- Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- Erfrierungen,
- unfallbedingten Bauch- und Unterleibsbrüchen,
- unfallbedingten Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Voraussetzung für die Leistung bei Unfall ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache der Pflegebedürftigkeit und deren Fortbestehen ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit auf Grund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und schriftlich beim Versicherer geltend gemacht wird.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht. Das Pflegetagegeld wird entsprechend der Pflegestufe auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt.

2 Betreuungsgeld
Besteht aus der SPV bzw. PPV ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen wegen besonderer Einschränkung der allgemeinen Alltagskompetenz (Demenz) nach § 45 a SGB XI, so wird ein Betreuungsgeld (sog. Demenzleistung) in Höhe von 10 % des versicherten Tagessatzes gezahlt.

Zur Beanspruchung des Betreuungsgeldes genügt der Anspruchsnachweis der SPV bzw. PPV. Endet der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistung aus der SPV bzw. PPV so endet der tarifliche Anspruch auf Betreuungsgeld. Der Anspruch auf das Betreuungsgeld endet nicht, wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI nachgewiesen wird.

3 Einmalzahlung bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit
Bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe III wird zusätzlich zum Pflegetagegeld des jeweiligen Tarifs 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 des jeweiligen Tarifes für die Pflegestufe III gezahlt, so wird der jeweilige Tarif für diese Person beitragsfrei gestellt, sofern zum Tarifbeginn des jeweiligen Tarifs noch keine Pflegestufe III bestand oder beantragt wurde.

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 § 14 SGB XI besteht ab einem versicherten Tagegeldsatz von 35 EUR Anspruch auf Organisations- und Serviceleistungen sowie Übernahme bestimmter Kosten gemäß dem tariflichen Leistungsverzeichnis. Die Assistanceleistungen beschränken sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

5.2 Abweichend von § 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 SPV bzw. PPV 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 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 des jeweiligen Tarifs in den letzten 36 Monaten durchgehend bestand und sich in diesem Zeitraum die Höhe des vereinbarten Pflegetagegeldes nicht geändert hat.

Die Erhöhung bezieht sich auf das zuletzt vereinbarte Pflegetagegeld und wird auf den nächsten vollen Euro gerundet.

Der Beitrag für das hinzukommende Pflegetagegeld wird nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten tariflichen Eintrittsalter der versicherten Person berechnet. Vereinbarte Risikozuschläge für den bisherigen Versicherungsschutz gelten für die Erhöhung entsprechend.

Der Versicherungsnehmer wird über die Erhöhung spätestens einen Monat vor Wirksamwerden informiert. Die Erhöhung gilt als vom Versicherungsnehmer angenommen, wenn er nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden schriftlich widerspricht.

1353201.pdf Jan13 Seite 1 von 2

Fassung 01.2013

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 Ausübung der Option 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 Ausübung der Option nach Tarif PflegeTOP
Der Versicherer garantiert jeder versicherten Person im Tarif PflegeTOP die Umstellung in neue Tarife im Sinne von Teil I und Teil II zur Ergänzung der SPV bzw. PPV, die in Reaktion auf in Kraft tretende Reformen der Leistungen in der SPV bzw. PPV vom Versicherer eingeführt werden.

2 Voraussetzungen
Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI eingetreten ist und die Versicherung nach Tarif PflegeSTART, PflegePLUS bzw. PflegeTOP für die versicherte Person vor einem Eintrittsalter von 60 Jahren begonnen hat.

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

4 Gesundheitsprüfung
Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zur Höhe des bisherigen versicherten Tagessatzes. § 8 a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

5 Beantragungsfrist
Das Optionsrecht nach Tarif PflegeSTART bzw. PflegePLUS entfällt, wenn die Tarifstufenumstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

Das Optionsrecht nach Tarif PflegeTOP muss innerhalb von drei Monaten nach Einführung des neuen Tarifs ausgeübt werden. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom Versicherer über die Einführung des neuen Tarifs informiert.

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

D 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.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

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

Folgende Assistanceleistungen werden unter den in den Tarifen PflegeUNFALL, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP bzw. PflegeBAHRPLUS 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.

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

4.3.4 Leistungsumfang:
Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

a) der Klärung ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern, Schulen nach Analyse vom Personalberater
d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

4.4 Rehabilitation eines Kindes
Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- spezialisierten Kindergärten
- spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

4.5 Soziales Umfeld
Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und anderen Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung

A Abschluss der Anwartschaftsversicherung

(1) Voraussetzung und Dauer
Eine Anwartschaftsversicherung kann vereinbart werden für die Dauer

a) des Anspruchs auf freie Heilfürsorge,
b) der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht,
c) des Anspruchs auf Familienhilfe bei einer gesetzlichen Krankenversicherung,
d) eines längeren ununterbrochenen Auslandsaufenthaltes,
e) der Mutterschutzfristen und der Elternzeit, soweit es die Krankentagegeldversicherung betrifft,
f) der Berufsunfähigkeit bzw. des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente sowie der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, soweit es die Krankentagegeldversicherung betrifft,
g) einer wirtschaftlichen Notlage, soweit die Krankheitskostenversicherung nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung 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 abzüglich ggf. vorhandener Anrechnungsbeträge aus der Versicherungszeit vor der Anwartschaftsversicherung; bei der großen Anwartschaftsversicherung wird von diesem Zeitpunkt an für die Beitragsberechnung das bisher gültige Eintrittsalter unter Berücksichtigung zwischenzeitlich vorgenommener Beitragsänderungen (z.B. Beitragsanpassungen) zugrunde gelegt.

1302004.pdf Jan15

Fassung 01.2015

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; führt der vereinbarte Selbstbehalt nicht zu einer angemessenen Reduzierung der Prämie, kann der Versicherungsnehmer vom Versicherer jederzeit eine Umstellung des Vertrages in den Basistarif ohne Selbstbehalt verlangen; die Umstellung muss innerhalb von drei Monaten erfolgen. 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.

§ 12h Notlagentarif
(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

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 betra-

gen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

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

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

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

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

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

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

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

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

(7) Solange der Vertrag ruht, gilt der Versicherungsnehmer als im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert. Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Selbstbehalte entfallen während dieser Zeit. Der Versicherer kann verlangen, dass Zusatzversicherungen ruhen, solange die Versicherung nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes besteht. Ein Wechsel in den oder aus dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist ausgeschlossen. Ein Versicherungsnehmer, dessen Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gilt als in eine Variante des Notlagentarifs nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, die Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten vorsieht, abhängig davon, welcher Prozentsatz dem Grad der vereinbarten Erstattung am nächsten ist.

(8) Der Versicherer übersendet dem Versicherungsnehmer in Textform eine Mitteilung über die Fortsetzung des Vertrages im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes und über die zu zahlende Prämie. Dabei ist der Versicherungsnehmer in herausgehobener Form auf die Folgen der Anrechnung der Alterungsrückstellung nach § 12h Absatz 2 Satz 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Höhe der künftig zu zahlenden Prämie hinzuweisen. Angaben zur Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken.

(9) Sind alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt, wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer vor Eintritt des Ruhens versichert war. Dabei ist der Versicherungsnehmer so zu stellen, wie er vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Prämienanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

(10) Hat der Versicherungsnehmer die Krankenversicherung auf die Person eines anderen genommen, gelten die Absätze 6 bis 9 für die versicherte Person entsprechend.

§ 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 Blutteststreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 festzulegen, in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, ausnahmsweise in die Arzneimittelversorgung einbezogen werden; § 34 Abs. 1 Satz 5, 7 und 8 und Abs. 6 sowie die §§ 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 Blutteststreifen. 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 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 verrich-

tungsbezogene 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 soll 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 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 Sechstes Buch (SGB VI)

§ 35 Regelaltersrente
Versicherte haben Anspruch auf Regelaltersrente, wenn sie

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

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

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 (BVG)

§ 35 Pflegezulage

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 287 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 490, 696, 893, 1.161 oder 1.427 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 (LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

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

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

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder 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	7,16
2	Doublieren/Platzhalter einfügen/ Verwendung von Kunststoff/ Galvanisieren	16,60
3	Set- Up, Wax-Up	10,70
5	Stumpfmodell, Sägemodell, Fräsmodell, Set-up Modell für KFO, Modell nach Überabdruck	12,02
6	Zahnkranz	5,81
7	Zahnkranz sockeln	6,65
11	Modellpaar trimmen/ Fixator	11,99
12	Einstellen in Mittelwertartikulator	14,38
13	Modellpaar sockeln	25,04
20	Basis für Konstruktionsbiss/ Basis für Vorbissnahme	12,91
21	Basis für Autopolymerisat; individueller Löffel, Funktionslöffel, Bissregistrierung, Stützstiftregistrierung, Aufstellung	24,38
22	Bisswall	7,02
23	Registrierplatte und -stift auf Basen	31,32
24	Übertragungskappe	27,36
31	Provisorische Krone, Einlagefüllung; Brückenglied	35,87
32	Formteil	23,32
101	Wurzelstiftkappe	84,39
102	Vollkrone, Teilkrone, Brückenanker, Metall oder für Verblendung, Flügel für Adhäsivbrücke	93,90
103	Vorbereiten Krone, Krone einarbeiten, Stiftaufbau einarbeiten	16,60
104	Modellation gießen	24,88
105	Stiftaufbau	58,62
110	Brückenglied	70,05
120	Teleskopierende Krone	281,15
121	Teleskopierende Primär- o. Sekundärkrone	186,73
133	Individuelles Geschiebe	233,86
134	Konfektions-Geschiebe, Konfektions-Anker	131,77
134-7	Primär/Sek.-Teil Konf. Anker, Wiederbef. Sek.-Teil	77,09
136	Gefrästes Lager	66,32
137	Schubverteilungsarm	67,15
150	Metallverbindung nach Brand	35,69
155	Konditionierung je Zahn/flügel	14,89
160	Vestibuläre Verblendung Kunststoff	58,21
161	Zahnfleisch Kunststoff	17,34
162	Verblendung Keramik	104,93
163	Zahnfleisch Keramik	37,55
164	Verblendung Komposit	79,87
165	Zahnfleisch Komposit	21,53
201	Metallbasis	152,54
202	Einarmige gegossene Haltevorrichtung, Kralle, Ney-Stiel, Auflage, Umgehungsbügel bei Diastema	14,44
203	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	24,94
204	Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage	36,89
205	Bonwillklammer	50,89
208	Rückenschutzplatte, Metallzahn, Metallkaufläche, gegossen	46,42
210	Lösungshilfe	18,97
211	Unterfütterbarer Abschlussrand	22,58
212	Zuschlag einzelne gegossene Klammer	25,66
301	Aufstellung Grundeinheit	40,03
302	Aufstellen Wachs- o. Kunststoff, je Zahn	2,27
303	Aufstellung Metall, je Zahn	3,31
341	Übertragung je Zahn	2,33
361	Fertigstellung Grundeinheit	55,68
362	Fertigstellung je Zahn	4,14
380	Einfache gebogene Halte-/Stützvorr.	11,76
381	Sonstige gebog. Halte- und/oder Stützvorr.	18,46
382	Weichkunststoff, Sonderkunststoff	103,32
383	Zahn zahnfarben hergestellt	40,51
384	Zahn zahnfarben hinterlegt	12,72
401	Aufbissbehelf m. adj. Oberfläche	142,93
402	Aufbissbehelf o. adj. Oberfläche	84,84
403	Umarbeiten zum Aufbissbehelf	59,02
404	Semipermanente Schiene/Metall, je Zahn	50,71
701	Basis für Einzelkiefergerät	65,47
702	Basis für bimaxilläres Gerät	138,34
703	Schiefe Ebene	54,74
704	Vorhofplatte	71,92
705	Kinnkappe	64,70

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

Nummer	Bezeichnung	bis zu EUR
710	Aufbiss	12,91
711	Abschirmelement	22,01
712	Weichkunststoff (KFO), Sonderkunststoff	53,94
720	Schraube einarbeiten	18,44
721	Spezialschraube einarbeiten	26,18
722	Trennen einer Basis	8,10
730	Labialbogen	23,98
731	Labialbogen modifiziert	32,32
732	Labialbogen intermaxillär	38,72
733	Feder, offen	11,08
734	Feder, geschlossen	13,92
740	Verbindungselement intramaxillär	27,89
741	Verbindungselemente intermaxillär	32,28
742	Verankerungselement	26,74
743	Einzelelement einarbeiten	13,85
744	Metallverbindung KFO	19,36
750	Einarmiges Halte- oder Abstützelement	11,99
751	Mehrarmiges Halte- oder Abstützelement	18,46
801	Grundeinheit ZE	21,98
802	Leistungseinheit Sprung, Bruch, Einarbeiten Zahn, Basisteil Kunststoff, Halte- u./o. Stützvorr. Kunststoffsattel, Rückenschutzplatte einarbeiten	9,70
803	Retention, gebogen	51,42
804	Retention, gegossen	63,01
806	Gegossenes Basisteil	78,74
807	Metallverbindung bei Instands./Erweiterung	26,53
808	Teilunterfütterung einer Basis	46,21
809	Vollständige Unterfütterung	64,68
810	Prothesenbasis erneuern	78,83
813	Auswechseln Konfektionsteil	16,74
820	Instandsetzung Krone/Flügel/Brückenglied	42,05
861	Grundeinheit./Instands. KFO o. Aufbissbehelf	19,84
862	LE Einf. Regulierungs- oder Halteelement	9,23
863	LE Erneuerung eines Elementes/intermax	16,15
864	KFO-Basis erneuern	73,78
870	Remontieren KFO Gerät	58,79
933	Versandkosten	4,96
970	Verarbeitungsaufwand NEM-Legierung	14,57
1001	Remontage-Modell	31,75
1002	Spezialmodell	43,66
1003	Stumpf sägen und vorbereiten	6,61
1004	Modellmontage in individuellen Artikulator I	29,12
1005	Montage eines Gegenkiefermodells	10,59
1006	Einstellen nach Registrat	10,73
1007	Metallarmierung für provisorische Versorgung	44,99
1008	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, einflächig	74,80
1009	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, zweiflächig	88,04
1010	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay, dreiflächig	101,26
1011	Guss-, Kunststoffinlay, Galvanoinlay mehrflächig	107,89
1012	Guss-, Kunststoff-Onlay, Galvano-Onlay	107,89
1013	Galvanokrone	93,19
1014	Galvanoteilkrone	107,89
1015	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, einflächig	175,98
1016	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, zweiflächig	185,25
1017	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, dreiflächig	196,36
1018	Keramik-, Glaskeramik-Inlay, mehrflächig	207,47
1019	Keramik-, Glaskeramik-Onlay/-Teilkrone	207,47
1020	Verblendschale, Veneer (Frontzähne)	218,59
1021	Keramik-, Glaskeramik-Brückenglied	196,36
1022	Keramik-Schulter	29,12
1023	Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Keramik	35,73
1024	Kaufläche oder Frontzahn nach gnathologischen Kriterien gestaltet in Metall/ gegossenem Glas	29,12
1025	Modellgussteil konditionieren	15,24
1026	Deckgold, Bonder aufbrennen/ verzinnen/ Metallfläche konditionieren, silanisieren, Keramik/ gegossenes Glas ätzen	10,16
1027	Systemaufstellung	71,70
1028	Wiederherstellung des Sekundärteiles einer Teleskop-/Konuskrone	182,98
1029	Wiederherstellung eines individuellen Geschiebes	206,68
1030	Zuschlag für Arbeiten unter dem Stereomikroskop, je Werkstück	22,02
1031	Mehraufwand bei Suprastruktur auf Implantat	48,55
1032	Röntgen- und/oder Implantatbohrschablone, Grundeinheit	137,25
1033	Röntgenkugel oder Bohrhülse einarbeiten, je vorgesehenes Implantat	18,96
1034	Mantelkrone-Kunststoff	84,92
1035	Mantelkrone-Keramik, Keramik, Glaskeramik-Krone	194,07
1036	Steg	104,82

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

Nummer	Bezeichnung	bis zu EUR
1037	Steglasche/Stegreiter	60,00
1038	Steggeschiebe individuell	122,89
1039	Friktionsstift, Federbolzen, Schraube, Bolzen einarbeiten	52,08
1040	Riegel individuell	200,22
1041	Abnehmbare Dauerschiene mit adjustierter Oberfläche aus Metall	189,86
1042	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer KFO-Basis oder eines Aufbissbelfes	19,60
1043	Leistungseinheit Dehn-/Regulierungselement	8,83
1044	Remontieren eines Gerätes ohne Kunststoffbasis	53,95

Der Erstattungsanspruch bestimmt sich nach dem jeweils versicherten Tarif.

Die genannten Beträge enthalten nicht die gesondert berechenbaren Materialkosten und nicht die jeweils gültige Mehrwertsteuer.

Änderungen sind vorbehalten.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung

Teil I Bedingungsteil MB/PPV 2015
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 oder eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (§ 4 Abs. 16) 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. Abweichend von Satz 1 liegt für versicherte Personen in einer stationären Pflegeeinrichtung auch dann ein Versicherungsfall für Leistungen nach § 4 Abs. 16 c vor, wenn für sie ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht und auch keine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

(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 Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. der Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 4 Abs. 16 Satz 3, zweite Alternative und Satz 4 durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder durch den medizinischen Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht und auch keine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

(10) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, ergänzenden schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 2015, 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, soweit sich nicht aus § 5 Abs. 1 etwas anderes ergibt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (technischer Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des ersten Beitrags und nicht vor Ablauf der Wartezeit.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt für 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 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 oder die als Einzelpflegekräfte die Voraussetzungen des § 71 Abs. 3 SGB XI (siehe Anhang) erfüllen und deshalb von einer Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung nach § 77 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) oder einem privaten Versicherungsunternehmen, das die private Pflegepflichtversicherung betreibt, anerkannt worden sind. Verwandte oder Verschwägerte der versicherten Person bis zum dritten Grad sowie Personen, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, werden nicht als Einzelpflegekräfte anerkannt.

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 Betreuungs- und Entlastungsleistungen 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 Bundesversorgungsgesetz 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. Während einer Verhinderungspflege nach Absatz 6 oder einer Kurzzeitpflege nach Absatz 10 wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes jeweils für die bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

(3) Bestehen die Voraussetzungen für die Zahlung des Pflegegeldes nach Absatz 2 nicht für den vollen Kalendermonat, wird der Geldbetrag entsprechend gekürzt; dabei wird der Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die versicherte Person gestorben ist.

(3a) Versicherte Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI - siehe Anhang) haben Anspruch auf Pflegegeld gemäß Nr. 2.1 des Tarifs PV anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

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

a) bei 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. Eine Minderung erfolgt insoweit nicht, als die versicherte Person Leistungen nach Nr. 7.2 des Tarifs PV erhalten hat.

(6) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, werden Aufwendungen einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr gemäß Nr. 3 des Tarifs PV erstattet. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die versicherte Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

(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.

(7a) Versicherte Personen der Pflegestufen I bis III haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag gemäß Nr. 13 des Tarifs PV, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens neun weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere pflegebedürftig sind oder bei ihnen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt worden ist,
2. sie Leistungen nach Absatz 1 bis 7, 16 bis 16b beziehen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Person gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI (siehe Anhang) für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen.

(7b) Versicherte Personen der Pflegestufen I bis III sowie versicherte Personen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 4 Abs. 16 erfüllen, haben ab
1. Januar 2013 einen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für häusliche Betreuung nach Nr. 1 und/oder Nr. 15 des Tarifs PV. Erstattungsfähig sind pflegerische Betreuungsmaßnahmen zur Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld der versicherten Person oder ihrer Familie, insbesondere die Unterstützung

a) von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen sowie
b) bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder versicherten Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

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 tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich besonderer Komfortleistungen, für zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen sowie für betriebsnotwendige Investitions- und sonstige Kosten gemäß § 82 Abs. 2 SGB XI (siehe Anhang) sind nicht erstattungsfähig.

(9) Versicherte Personen können Leistungen nach Absatz 8 zusätzlich zu den Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

C Kurzzeitpflege
(10) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht gemäß Nr. 6 des Tarifs PV Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für allgemeine Pflegeleistungen sowie sonstige Leistungen in einer vollstationären Einrichtung. Absatz 8 Satz 2 bis 5 gilt entsprechend. Der Anspruch besteht auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Versorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der versicherten Person erforderlich ist. Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, haben in begründeten Einzelfällen Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint.

Die Leistungen werden

a) für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der versicherten Person
oder
b) in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist,

erbracht.

Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr und zusammen mit dem Anspruch auf erweiterte Kurzzeitpflege nach Nr. 6 Satz 6 des Tarifs PV auf acht 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 eine oder ab 1. Januar 2013 mehrere pflegebedürftige Personen 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 durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder 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 allg. Betreuungsbedarf, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen
(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, also

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der das Ausmaß der Pflegestufe I nicht erreicht und die zusätzlich mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen belastet sind, haben neben den Leistungen der häuslichen Pflege (Abs.1), teilstationärer Pflege (Abs.8) und Kurzzeitpflege (Abs. 10) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen gemäß Nr. 11.1 des Tarifs PV, sofern der vom Versicherer beauftragte Arzt oder der medizinische Dienst der privaten Pflegeversicherung 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. Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für Leistungen nach der Nr. 11.1 a) bis d) des Tarifs PV Mittel der Ersatzpflege (Abs. 6) eingesetzt werden.

Versicherte Personen, die pflegebedürftig sind, bei denen aber kein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, haben einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, allerdings nur in Höhe des Grundbetrags nach Nr. 11.1 des Tarifs PV.

(16a) Versicherte Personen, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des Absatz 16 erfüllen, haben neben den Leistungen nach Absatz 16 ab dem 1. Januar 2013 Anspruch auf Leistungen nach Nr. 15 des Tarifs PV.

(16b) Soweit anspruchsberechtigte Versicherte in dem jeweiligen Kalendermonat keine Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach Nr. 1 und 15 des Tarifs PV bezogen haben, können sie die Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 16 Satz 1 zusätzlich zu den in Nr. 11.1 des Tarifs PV genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Solche Leistungen werden auf den Anspruch des Versicherten auf häusliche Pflegehilfe angerechnet. Der nach Absatz 16 Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat nicht mehr als 40 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstleistungsbetrages für Leistungen der häuslichen Pflege betragen. Die versicherte Person muss die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sicherstellen. Die Aufwendungen, die der versicherten Person im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 16 Satz 1 entstehen, werden erstattet. Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und häuslichen Betreuung sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistungen nach Absatz 5 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der der versicherten Person nach Nr. 1, Nr. 15.1 b), 15.2 b) und 15.3 b) des Tarifs PV zustehenden Leistungen. Bezieht die versicherte Person die Leistung nach Satz 1, hat sie die Pflicht, die Beratungsleistungen des Absatzes 4 in Anspruch zu nehmen. Absatz 4 Satz 4 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung auch in Bezug auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erfolgt.

(16c) Versicherte Personen in stationärer Pflege (Absätze 8, 10 und 11) haben neben den dortigen Leistungen Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für leistungsgerechte Zuschläge zur Pflegevergütung gemäß Nr. 11.2 des Tarifs PV.

(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 vom Versicherer beauftragte Arzt oder 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 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.

Zur Sicherstellung des Anspruchs auf Pflegeberatung bedient sich der Versicherer entsprechend qualifizierter, unabhängiger Pflegeberater. Der Versicherer ist berechtigt, personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, für Zwecke der Pflegeberatung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Durchführung der Pflegeberatung erforderlich ist. Dies umfasst auch die Übermittlung personenbezogener Daten an die vom Versicherer beauftragten Pflegeberater.

Versicherte Personen haben Anspruch darauf, dass der Versicherer ihnen unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen aus dieser Versicherung entweder

a) unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anbietet, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist,
oder
b) einen Beratungsgutschein ausstellt, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten des Versicherers innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann.

Die Pflegeberatung kann auf Wunsch der versicherten Person dort, wo die Pflege durchgeführt wird oder telefonisch erfolgen, dies auch nach Ablauf der zuvor genannten Frist.

J. Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(19) Versicherte Personen, die Anspruch auf Leistungen nach Absatz 7a haben und die an der gemeinsamen Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt sind, haben zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 13 des Tarifs PV einmalig zur altersgerechten und barrierearmen Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung einen Anspruch auf einen Förderbetrag nach Nr. 14 des Tarifs PV. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen und die Gründung nachzuweisen. Die Umgestaltungsmaßnahme kann auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht:

a) solange sich versicherte Personen im Ausland aufhalten. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu insgesamt sechs Wochen im Kalenderjahr werden Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 5 sowie Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen jedoch weiter erbracht; der Anspruch auf Pflegegeld gemäß § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 ruht nicht bei Aufenthalt der versicherten Person in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz. Aufwendungsersatz gemäß § 4 Abs. 1 wird nur geleistet, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflege durchführt, die versicherte Person während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes begleitet;
b) soweit versicherte Personen Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 Bundesversorgungsgesetz (siehe Anhang) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Bei häuslicher Pflege entfällt die Leistungspflicht ferner:

a) soweit versicherte Personen aufgrund eines Anspruchs auf häusliche Krankenpflege auch Anspruch auf 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 und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden jedoch im tariflichen Umfang erbracht; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 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 und Leistungen bei Pflegezeit von Pflegepersonen werden in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation jedoch weitergezahlt, dies gilt für das Pflegegeld nach § 4 Abs. 2 oder anteiliges Pflegegeld nach § 4 Abs. 5 auch bei einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V - siehe Anhang); 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 Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind dabei in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt. Mit der Durchführung der Untersuchungen kann der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung beauftragt werden. Die Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der versicherten Person. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich auch außerhalb ihres Wohnbereichs durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt oder den Gutachter des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung untersuchen zu lassen, wenn die gemäß Satz 1 erforderlichen Feststellungen im Wohnbereich nicht möglich sind. Erteilt die versicherte Person zu den Untersuchungen nicht ihr Einverständnis, kann der Versicherer die beantragten Leistungen verweigern oder 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 Übermittlung der schriftlichen Feststellungen nach den Sätzen 1 und 4, der gesonderten Rehabilitationsempfehlung nach Satz 2 und einer auf die Rehabilitationsempfehlung bezogenen umfassenden und begründeten Stellungnahme des Versicherers.

(2a) Erfolgt die Leistungsmitteilung durch den Versicherer nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrages auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder wird eine der in Satz 4 genannten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat der Versicherte für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung Anspruch auf eine zusätzliche Zahlung gemäß Nr. 12 des Tarifs PV. Dies gilt nicht, wenn der Versicherer die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich die versicherte Person in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Der Antrag gilt im Sinne von Satz 1 als eingegangen, wenn alle Unterlagen und Angaben, die der Versicherer beim Versicherten angefordert hat und die für die Beauftragung des Arztes oder medizinischen Dienstes durch den Versicherer erforderlich sind, dort eingegangen sind.
Befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 SGB XI);
befindet sich die versicherte Person in stationärer Krankenhaus-/Rehabilitationsbehandlung und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 SGB XI) bzw. wurde Familienpflegezeit mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson vereinbart (§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 SGB XI), so beträgt die Begutachtungsfrist eine Woche nach Eingang des Antrags; dieselbe Frist gilt bei Hospitz- oder ambulanter Palliativversorgung (§ 18 Abs. 3 Satz 4 SGB XI);
wird die versicherte Person häuslich ohne Palliativversorgung gepflegt und wurde gegenüber dem Arbeitgeber der Pflegeperson die Inanspruchnahme von Pflegezeit angekündigt oder wurde mit dem Arbeitgeber der Pflegeperson Familienpflegezeit vereinbart, so beträgt die Begutachtungsfrist zwei Wochen nach Eingang des Antrags (§ 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI).

Bei versicherten Personen nach Satz 4 besteht jedoch kein Anspruch auf Zusatzzahlung nach Satz 1, wenn der Versicherer innerhalb einer Woche (Satz 4 Halbsatz 1 und 2) bzw. zwei Wochen (Satz 4 Halbsatz 3) nach Antragseingang aufgrund einer Vorabeinstufung eine vorläufige Leistungsentscheidung getroffen hat.

(3) Wenn und soweit im Rahmen der Feststellungen nach Absatz 2 eine Verringerung 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 450 Euro.

(3) Unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 besteht Anspruch auf Beitragsfreiheit bei Kindern

a) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
b) bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
c) bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Beitragsfreiheit auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung für die Dauer von höchstens zwölf Monaten durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Abs. 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes,
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. Bei verringertem Bedarf ist der Versicherer zur Anpassung insoweit verpflichtet.

(2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Anpassungen nach Absatz 1 sowie Änderungen von eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(4) Sind die monatlichen Beiträge infolge der Höchstbeitragsgarantie gegenüber den nach den technischen Berechnungsgrundlagen notwendigen Beiträgen gekürzt, so können diese Beiträge abweichend von Absatz 1 bei einer Veränderung der Beitragsbemessungsgrenzen oder des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung an den daraus sich ergebenden geänderten Höchstbeitrag angeglichen werden.

(5) Angleichungen gemäß Absatz 4 an den geänderten Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des geänderten Höchstbeitrags wirksam, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Eintritt, Wegfall und jede Minderung der Pflegebedürftigkeit sind dem Versicherer unverzüglich 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 verlangen, dass der Versicherer die für die versicherte Person kalkulierte Alterungsrückstellung 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 Alterungsrückstellung bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(4) Ein wegen Auslandsaufenthalt auf einer besonderen Vereinbarung gemäß § 15 Abs. 3 beruhendes Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Der Versicherungsnehmer kann ein Versicherungsverhältnis gemäß Satz 1 ferner auch unter den Voraussetzungen des § 205 Abs. 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

(5) Ein durch das Beitrittsrecht gemäß § 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).

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 2015 entfällt die Wartezeit;

(2) § 8 Abs. 3 MB/PPV 2015 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 2015

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 450 Euro.

   Die Voraussetzungen der Beitragsvergünstigung sind nachzuweisen; hierfür kann der Versicherer auch die Vorlage des Steuer- und des Rentenbescheides verlangen.

   Der Wegfall der Voraussetzungen für die Beitragsvergünstigung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen; dieser ist berechtigt, ab dem Zeitpunkt des Wegfalls für jeden Ehegatten oder Lebenspartner den vollen Beitrag zu erheben. Sind die Ehegatten oder Lebenspartner nicht bei demselben Versicherer versichert, wird von jedem Ehegatten oder Lebenspartner die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages erhoben. Liegt der individuelle Beitrag eines Versicherten jedoch niedriger als die Hälfte des maßgeblichen Gesamtbeitrages, so wird der gesamte Kappungsbeitrag dem anderen Ehegatten oder Lebenspartner zugerechnet;

b) wird ferner die Höchstbeitragsgarantie nicht von einer Vorversicherungszeit abhängig gemacht;

(4) § 8 a Abs. 2 MB/PPV 2015 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 2015

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 2015) 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 1-15 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 gem. § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI i.V.m. § 46 Abs. 2 und 3 BBhV (siehe Anhang) für

1. Beihilfeberechtigte 50 v.H.
2. Personen nach Nr. 1 mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 30 v.H.
3. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen und für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer, denen nach § 46 Abs. 3 Satz 6 BBhV ein Beihilfebemessungssatz von 70 v.H. zusteht, 30 v.H.
4. bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner 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 1-15 vorgesehenen Beträge.

Sehen die Beihilfevorschriften eines Landes bei Zahlung eines Zuschusses in Höhe von mindestens 41 Euro aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses zum Krankenversicherungsbeitrag der unter Nr. 1 - 5 genannten Personen eine Absenkung des Beihilfebemessungssatzes vor, so erhöhen sich die Tarifleistungen um den der Absenkung entsprechenden Prozentsatz, höchstens jedoch um 20 Prozentpunkte.

Bei der leihweisen Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln werden diese entweder vom Träger der Beihilfe oder vom Versicherer zur Verfügung gestellt; die dem Versicherungsnehmer insoweit gegen den anderen Kostenträger zustehenden Ansprüche gehen auf den Träger der Beihilfe oder den Versicherer über, der das technische Pflegehilfsmittel bereitgestellt hat.

1 Häusliche Pflege
Die Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung werden je Kalendermonat

a) für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 468 Euro,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 1.612 Euro

erstattet.

In besonders gelagerten Einzelfällen kann zur Vermeidung von Härten versicherten Personen der Pflegestufe III Aufwendungsersatz bis zu einem Höchstbetrag von 1.995 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 Gesundheit nach § 90 SGB XI (siehe Anhang) erlassene Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen Anwendung findet. Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten Leistungen unmittelbar mit der versicherten Person vereinbaren; es werden in diesem Fall jedoch höchstens 80 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 244 Euro,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 458 Euro,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 728 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 22 Euro, in Pflegestufe III bis zu 32 Euro erstattet. Bei versicherten Personen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 4 Abs. 16) werden für die Beratung bis zu 22 Euro erstattet.

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

3 Häusliche Pflege bei Verhinderung einer Pflegeperson (Ersatzpflege)
Aufwendungen werden im Einzelfall mit bis zu 1.612 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.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 806 Euro auf insgesamt bis zu 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 6 des Tarifs PV (Kurzzeitpflege) in Anspruch genommen wurde. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 6 bereits der Erhöhungsbeitrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Ersatzpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 6 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

4 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
Der Versicherer erstattet die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis wird vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. regelmäßig unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts, der pflegewissenschaftlichen 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 40 Euro je Kalendermonat erstattet.

4.3 Die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind auf 4.000 Euro je Maßnahme begrenzt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung und dient der Zuschuss der Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes, ist der Zuschuss auf den Betrag begrenzt, der sich ergibt, wenn die Kosten der Maßnahme durch die Anzahl der zuschussberechtigten Bewohner geteilt wird. Dabei werden Kosten der Maßnahme von bis zu 16.000 Euro berücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend.

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 468 Euro,
5.2 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II bis zu 1.144 Euro,
5.3 bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III bis zu 1.612 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 1.612 Euro pro Kalenderjahr ersetzt.

Nr. 5 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Enthalten die Entgelte der Einrichtungen gemäß § 4 Abs. 10 Satz 4 Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen, die nicht gesondert ausgewiesen sind, wird das erstattungsfähige Entgelt auf 60 v.H. gekürzt. In begründeten Einzelfällen kann der Versicherer davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

Der Leistungsbetrag kann sich um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöhen, soweit im Kalenderjahr für diesen Betrag noch keine Leistung nach Nr. 3 des Tarifs PV (Ersatzpflege) in Anspruch genommen wurde. In diesem Fall wird der Anspruch abweichend von Satz 1 auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr ausgedehnt. Bei Inanspruchnahme des Erhöhungsbetrages vermindern sich die Leistungen nach Nr. 3 des Tarifs PV entsprechend. Wurde bei den Leistungen nach Nr. 3 bereits der Erhöhungsbetrag in Anspruch genommen, wird dieser auf die Leistungen der Kurzzeitpflege angerechnet, d.h. der Leistungsbetrag kann sich auch vermindern (vgl. Nr. 3 des Tarifs PV).

In Tarifstufe PVB werden die Beträge auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

7 Vollstationäre Pflege und Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
7.1 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 1.064 Euro je Kalendermonat,
b) für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.330 Euro je Kalendermonat,
c) für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.612 Euro je Kalendermonat,
d) für Pflegebedürftige, die als Härtefall gemäß Satz 2 anerkannt sind, in Höhe von 1.995 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 266 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 1.597 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, 150, 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 Betreuungs- und Entlastungsleistungen
11.1 Aufwendungen für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung und Entlastung 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 oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung und nicht um Leistungen der Grundpflege handelt, oder
d) der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote, die nach § 45c SGB XI (siehe Anhang) gefördert oder förderungsfähig sind,

werden bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erstattet. Die Höhe des jeweils zu zahlenden Betrages wird vom Versicherer auf Empfehlung des vom Versicherer beauftragten Arztes oder des medizinischen Dienstes der privaten Pflegepflichtversicherung (§ 6 Abs. 2 Satz 4) festgelegt. Werden die Beträge nach Satz 1 in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, können die nicht verbrauchten Beträge in das folgende Kalenderhalbjahr 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 3 richten sich nach § 87b SGB XI (siehe Anhang).

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

12 Zahlung bei Verzögerung der Leistungsmitteilung
Bei Verzögerung der Leistungsmitteilung nach § 6 Abs. 2a beträgt die Zusatzzahlung je begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro.

13 Zusätzliche Leistungen für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen
Der monatliche pauschale Zuschlag für Versicherte in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 4 Abs. 7a beträgt 205 Euro.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

14 Förderung der Gründung ambulant betreuter Wohngruppen
Der Anspruch des Versicherten beläuft sich auf den Betrag, der sich ergibt, wenn man den Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Bewohner teilt, höchstens aber 2.500 Euro.

15 Weitere Leistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
15.1 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe besteht Anspruch auf

a) Pflegegeld nach Nr. 2.1 Tarif PV in Höhe von 123 Euro oder
b) häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PV in Höhe von bis zu 231 Euro oder
c) Kombinationsleistungen aus Nr. 2.1 und Nr. 1 Tarif PV (§ 4 Abs. 5) oder
d) teilstationäre Pflege nach Nr. 5 des Tarifs PV in Höhe von bis zu 231 Euro

je Kalendermonat, sowie Anspruch auf Leistungen nach Nr. 3, 4, 5, 6, 13 und 14 Tarif PV (§ 4 Abs. 6, 7, 7a, 8, 10 und 19).

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

15.2 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe I erhöht sich je Kalendermonat

a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 72 Euro auf 316 Euro
b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PV und die teilstationäre Pflege nach Nr. 5 Tarif PV um 221 Euro auf bis zu 689 Euro.

In Tarifstufe PVB wird der Vergütungszuschlag auf den tariflichen Prozentsatz gekürzt.

15.3 Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegestufe II erhöht sich je Kalendermonat

a) das Pflegegeld nach Nr. 2.1 um 87 Euro auf 545 Euro
b) die häusliche Pflegehilfe und häusliche Betreuung nach Nr. 1 Tarif PV und die teilstationäre Pflege nach Nr. 5 Tarif PV um 154 Euro auf bis zu 1.298 Euro.

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 2015 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 bis 15 des Tarifs PV sowie nach § 4 Abs. 18 MB/PPV 2015 ab dem 01. Januar 2015 bis zu einer Neufestsetzung gemäß Nr. 6 einen monatlichen Beitrag von 8,43 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 2015 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 2015 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 2015 entsprechend.

*) Technische Berechnungsgrundlage Abschnitt 7.1.2

Anhang Gesetzesauszüge

Stand: 11.2014

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

§ 35 Pflegezulage
(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 287 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 490, 696, 893, 1.161 oder 1.427 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

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

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

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

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

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

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, des § 58 b des Soldatengesetzes 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,

2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben 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

1. der oder des Erziehenden,
2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners. Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit 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; bei Pflege mehrerer Angehöriger sind die Zeiten der Pflege zusammenzurechnen.
2. eine selbstständige Tätigkeit mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich aufnehmen und ausüben oder
3. eine Beschäftigung mit einem Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich in einem Staat außerhalb eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz aufnehmen und ausüben.

Gelegentliche Abweichungen von der in den Nummern 1 bis 3 genannten wöchentlichen Mindeststundenzahl bleiben unberücksichtigt, wenn sie von geringer Dauer sind.

(2) Voraussetzung für die Versicherungspflicht ist, dass die antragstellende Person

1. innerhalb der letzten 24 Monate vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung mindestens zwölf Monate in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat,
2. eine Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung bezogen hat oder
3. eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung, die ein Versicherungspflichtverhältnis nach den Vorschriften des Ersten Abschnitts oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat, unmittelbar vor Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung ausgeübt hat

und weder versicherungspflichtig (§§ 25, 26) noch versicherungsfrei (§§ 27, 28) ist; eine geringfügige Beschäftigung (§ 27 Absatz 2) schließt die Versicherungspflicht nicht aus. Die Begründung eines Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag nach Absatz 1 Nummer 2 ist ausgeschlossen, wenn die antragstellende Person bereits versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2 war, die zu dieser Versicherungspflicht führende Tätigkeit zweimal unterbrochen hat und in den Unterbrechungszeiten einen Anspruch auf Arbeitslosengeld geltend gemacht hat.

(3) Der Antrag muss spätestens innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur Begründung eines Versicherungspflichtverhältnisses auf Antrag berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden. Das Versicherungspflichtverhältnis beginnt mit dem Tag, an dem erstmals die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2 erfüllt sind; im Falle einer vorangegangenen Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes jedoch frühestens mit dem Ende dieser Pflegezeit.

(4) Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 ruht, wenn während der Versicherungspflicht nach Absatz 1 eine weitere Versicherungspflicht (§§ 25, 26) oder Versicherungsfreiheit nach § 27 eintritt. Eine geringfügige Beschäftigung (§ 27 Absatz 2) führt nicht zum Ruhen der Versicherungspflicht nach Absatz 1.

(5) Das Versicherungspflichtverhältnis endet,

1. wenn die oder der Versicherte eine Entgeltersatzleistung nach § 3 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 bezieht,
2. mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen nach Absatz 1 letztmals erfüllt waren,
3. wenn die oder der Versicherte mit der Beitragszahlung länger als drei Monate in Verzug ist, mit Ablauf des Tages, für den letztmals Beiträge gezahlt wurden,
4. in den Fällen des § 28,
5. durch Kündigung der oder des Versicherten; die Kündigung ist erstmals nach Ablauf von fünf Jahren zulässig; die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende eines Kalendermonats.

§ 150 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 oder des Bundesfreiwilligendienstgesetzes, 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,
4. Zeiten, in denen Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen haben sowie Zeiten einer Familienpflegezeit oder Nachpflegephase nach dem Familienpflegezeitgesetz, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war; insoweit gilt § 151 Absatz 3 Nummer 2 nicht,
5. 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. 5 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,
2. in allen Fällen des § 142 Absatz 2 der Bemessungszeitraum weniger als 90 Tage mit Anspruch auf Arbeitsentgelt enthält oder
3. es mit Rücksicht auf das Bemessungsentgelt im erweiterten Bemessungsrahmen unbillig hart wäre, von dem Bemessungsentgelt im Bemessungszeitraum auszugehen.

Satz 1 Nr. 3 ist nur anzuwenden, wenn der Arbeitslose dies verlangt und die zur Bemessung erforderlichen Unterlagen vorlegt.

§ 345 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

Als beitragspflichtige Einnahme gilt bei Personen,

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,

6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

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 10 Prozent der monatlichen

Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

§ 347 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten
Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
   a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
   b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
   c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 450 Euro nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,
6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. (aufgeboben)
10. für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und eine
    a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,
    b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
    c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

§ 349 Beitragszahlung für sonstige Versicherungspflichtige
(1) Für die Zahlung der Beiträge für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, gelten die Vorschriften über die Beitragszahlung aus Arbeitsentgelt entsprechend.

(2) Die Beiträge für Wehrdienstleistende, für Zivildienstleistende und für Gefangene sind an die Bundesagentur zu zahlen.

(3) Die Beiträge für Personen, die Sozialleistungen beziehen, sind von den Leistungsträgern an die Bundesagentur zu zahlen. Die Bundesagentur und die Leistungsträger regeln das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge durch Vereinbarung.

(4) Die Beiträge für Personen, die Krankentagegeld beziehen, sind von den privaten Krankenversicherungsunternehmen an die Bundesagentur zu zahlen. Die Beiträge können durch eine Einrichtung dieses Wirtschaftszweiges gezahlt werden. Mit dieser Einrichtung kann die Bundesagentur Näheres über Zahlung, Einziehung und Abrechnung vereinbaren; sie kann auch vereinbaren, dass der Beitragsabrechnung statistische Durchschnittswerte über die Zahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, für die Beiträge zu zahlen sind, und über Zeiten der Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegt werden. Der Bundesagentur sind Verwaltungskosten für den Einzug der Beiträge in Höhe von zehn Prozent der Beiträge pauschal zu erstatten, wenn die Beiträge nicht nach Satz 2 gezahlt werden.

(4a) Die Beiträge für Personen, die als 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.

(4b) Die Beiträge für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben beziehen, sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Absatz 4a Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Für die Zahlung der Beiträge nach den Absätzen 3 bis 4b sowie für die Zahlung der Beiträge für Gefangene gelten die Vorschriften für den Einzug der Beiträge, die an die Einzugsstellen zu zahlen sind, entsprechend, soweit die Besonderheiten der Beiträge nicht entgegenstehen; die Bundesagentur ist zur Prüfung der Beitragszahlung berechtigt. Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die 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

§ 8 Geringfügige Beschäftigung und geringfügige selbstständige Tätigkeit
(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. das Arbeitsentgelt aus dieser Beschäftigung regelmäßig im Monat 450 Euro nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens zwei Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im Voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt 450 Euro im Monat übersteigt.

(2) Bei der Anwendung des Absatzes 1 sind mehrere geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 sowie geringfügige Beschäftigungen nach Nummer 1 mit Ausnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach Nummer 1 und nicht geringfügige Beschäftigungen zusammenzurechnen. Eine geringfügige Beschäftigung liegt nicht mehr vor, sobald die Voraussetzungen des Absatzes 1 entfallen. Wird beim Zusammenrechnen nach Satz 1 festgestellt, dass die Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung nicht mehr vorliegen, tritt die Versicherungspflicht erst mit dem Tag ein, an dem die Entscheidung über die Versicherungspflicht nach § 37 des Zehnten Buches durch die Einzugsstelle nach § 28i Satz 5 oder einen anderen Träger der Rentenversicherung bekannt gegeben wird. Dies gilt nicht, wenn der Arbeitgeber vorsätzlich oder grob fahrlässig versäumt hat, den Sachverhalt für die versicherungsrechtliche Beurteilung der Beschäftigung aufzuklären.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, soweit anstelle einer Beschäftigung eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird. Dies gilt nicht für das Recht der Arbeitsförderung.

§ 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 Sat-

zung 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.

§ 107 Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
   b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige oder seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen, und in denen
3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

§ 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; dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird,
2. in der sie aufgrund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
2a. in der sie sich in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes befinden, wenn sich der Einsatzunfall während einer Zeit ereignet hat, in der sie nach Nummer 2 versicherungspflichtig waren,
3. für die sie von einem Leistungsträger Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
3a. für die sie von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit das Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben beziehen, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn dieser Zahlung zuletzt versicherungspflichtig waren; der Zeitraum von einem Jahr verlängert sich um Anrechnungszeiten wegen des Bezugs von Arbeitslosengeld II,
4. für die sie Vorruhestandsgeld beziehen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren.

Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne der §§ 37 und 123 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder 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 Knappschaft-Bahn-See führt die Versicherung für Personen, die wegen

1. einer Kindererziehung,
2. eines Wehrdienstes oder Zivildienstes,
3. eines Bezuges von Sozialleistungen oder von Vorruhestandsgeld

bei ihr versichert sind, in der knappschaftlichen Rentenversicherung durch, wenn diese im letzten Jahr vor Beginn dieser Zeiten zuletzt wegen einer Beschäftigung in der knappschaftlichen Rentenversicherung versichert waren.

§ 166 Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherter
(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind

1. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind, 60 vom Hundert der Bezugsgröße, jedoch bei Personen, die 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 Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes versichert sind, die daraus gewährten Dienstbezüge in dem Umfang, in dem sie bei Beschäftigten als Arbeitsentgelt zu berücksichtigen wären,

2. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, 80 vom Hundert des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 vom Hundert des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem nicht geringfügigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind, und bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung das dem Krankengeld zugrundeliegende Einkommen nicht zu berücksichtigen ist,

2a. bei Personen, die im Anschluss an den Bezug von Arbeitslosengeld II Übergangsgeld oder Verletztengeld beziehen, monatlich der Betrag von 205 Euro,

2b. bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommens; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gilt Nummer 2,

2c. bei Personen, die Teilarbeitslosengeld oder Teilübergangsgeld beziehen, 80 vom Hundert des dieser Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts,

2d. bei Personen, die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

3. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld das Vorruhestandsgeld,

4. bei Entwicklungshelfern das Arbeitsentgelt oder, wenn dies günstiger ist, der Betrag, der sich ergibt, wenn die Beitragsbemessungsgrenze mit dem Verhältnis vervielfältigt wird, in dem die Summe der Arbeitsentgelte oder Arbeitseinkommen für die letzten drei vor Aufnahme der nach § 4 Abs. 1 versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit voll mit Pflichtbeiträgen belegten Kalendermonate zur Summe der Beträge der Beitragsbemessungsgrenzen für diesen Zeitraum steht; der Verhältniswert beträgt mindestens 0,6667,

4a. bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen, die auf Antrag versicherungspflichtig sind, das Arbeitsentgelt,

5. bei Personen, die für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld versichert sind, 80 vom Hundert des zuletzt für einen vollen Kalendermonat versicherten Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
   a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
2. Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
   a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
   b) 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwerts der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht. Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.

§ 170 Beitragstragung bei sonstigen Versicherten
(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden, Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes und für Kindererziehungszeiten vom Bund,
2. bei Personen, die
   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen und diese Leistungen nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen sind, im Übrigen vom Leistungsträger; die Beiträge werden auch dann von den Leistungsträgern getragen, wenn die Bezieher der Leistung zur Berufsausbildung beschäftigt sind und das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,
   b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld beziehen, von den Leistungsträgern,
   c) Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,
   d) für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben erhalten, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,
3. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
4. bei Entwicklungshelfern oder bei sonstigen im Ausland beschäftigten Personen von den antragstellenden Stellen,
5. bei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit oder der Ausführung von Leistungen zur Teilhabe ohne Anspruch auf Krankengeld von den Versicherten selbst,
6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
   a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
   b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
   c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig; ist ein Träger der Rentenversicherung Festsetzungsstelle für die Beihilfe, gelten die Beiträge insoweit als gezahlt; dies gilt auch im Verhältnis der Rentenversicherungsträger untereinander.

(2) Bezieher von Krankengeld 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).

§ 17 Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget
(1) Der zuständige Rehabilitationsträger kann Leistungen zur Teilhabe

1. allein oder gemeinsam mit anderen Leistungsträgern,
2. durch andere Leistungsträger oder
3. unter Inanspruchnahme von geeigneten, insbesondere auch freien und gemeinnützigen oder privaten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen (§ 19)

ausführen. Er bleibt für die Ausführung der Leistungen verantwortlich. Satz 1 gilt insbesondere dann, wenn der Rehabilitationsträger die Leistung dadurch wirksamer oder wirtschaftlicher erbringen kann.

(2) Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Bei der Ausführung des Persönlichen Budgets sind nach Maßgabe des individuell festgestellten Bedarfs die Rehabilitationsträger, die Pflegekassen und die Integrationsämter beteiligt. Das Persönliche Budget wird von den beteiligten Leistungsträgern trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht. Budgetfähig sind auch die neben den Leistungen nach Satz 1 erforderlichen Leistungen der Krankenkassen und der Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistungen oder durch Gutscheine erbracht werden können. An die Entscheidung ist der Antragsteller für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

(3) Persönliche Budgets werden in der Regel als Geldleistung ausgeführt, bei laufenden Leistungen monatlich. In begründeten Fällen sind Gutscheine auszugeben. Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach § 10 Abs. 1 getroffenen Feststellungen so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen

kann. Dabei soll die Höhe des Persönlichen Budgets die Kosten aller bisher individuell festgestellten, ohne das Persönliche Budget zu erbringenden Leistungen nicht überschreiten.

(4) Enthält das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger, erlässt der nach § 14 zuständige der beteiligten Leistungsträger im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch. Ein anderer der beteiligten Leistungsträger kann mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragt werden, wenn die beteiligten Leistungsträger dies in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten vereinbaren; in diesem Fall gilt § 93 des Zehnten Buches entsprechend. Die für den handelnden Leistungsträger zuständige Widerspruchsstelle erlässt auch den Widerspruchsbescheid.

(5) § 17 Abs. 3 in der am 30. Juni 2004 geltenden Fassung findet auf Modellvorhaben zur Erprobung der Einführung Persönlicher Budgets weiter Anwendung, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes begonnen haben.

(6) In der Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 31. Dezember 2007 werden Persönliche Budgets erprobt. Dabei sollen insbesondere modellhaft Verfahren zur Bemessung von budgetfähigen Leistungen in Geld und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen unter wissenschaftlicher Begleitung und Auswertung erprobt werden.

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

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, 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 (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhenszeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 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 § 24 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.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

§ 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen
Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,
6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht
(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen
...

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, dass ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungsgrenze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

§ 25 Familienversicherung
(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,

2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich 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 450 Euro.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 2 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 oder Bundesfreiwilligendienst leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58 b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, dass die Behinderung 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 Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

§ 26a Beitrittsrecht
(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

§ 43a Inhalt der Leistung
Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit
(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 2,05 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).

...

§ 71 Pflegeeinrichtungen
(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten **acht** Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten **acht** Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll.

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung
(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicheurng e.V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluss zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen
(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 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 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
...
(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, 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 einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote, wird durch Landesrecht bestimmt. Die Pauschalen müssen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen.

(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.

§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
(1) Stationäre 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 Betreuungspersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der vierundzwanzigste 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; § 28 Abs. 2 ist entsprechend anzuwenden. 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 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der stationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen 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, seine Aufwendungen

zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

(3) Die Vergütungen sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.

Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsinanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. § 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

§ 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 Krankenversicherungsunternehmen 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)

§ 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.

Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV)

§ 46 Bemessung der Beihilfe

...

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für
1. Beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent.
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

Gesetz über 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 von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienerhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Gesetz über die Rechtsstellung der Soldaten (Soldatengesetz -SG)

§ 58b Freiwilliger Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement
(1) Frauen und Männer können sich verpflichten, freiwilligen Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement zu leisten. Der freiwillige Wehrdienst als besonderes staatsbürgerliches Engagement besteht aus einer sechsmonatigen Probezeit und bis zu 17 Monaten anschließendem Wehrdienst.

(2) Die §§ 37 und 38 gelten entsprechend.

Kalkulationsverordnung (KalV)

§ 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.

SIGNAL Krankenversicherung a. G.

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
- Rückenstützen, motorisch verstellbar	50.45.03.2000-2999
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

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: 10.2013

- Toilettensitzerhöhungen, höhenverstellbar	33.40.01.1000-1999
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen	33.40.01.2000-2999
- Toilettensitzerhöhungen mit Armlehnen, höhenverstellbar	33.40.01.3000-3999
- Toilettensitze für Kinder	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, 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.

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? **Nein** / **Ja,** Auslandsaufenthalt / **Ja,** Grenzgänger				
Wenn die Tarife (R-)START-B, (R-)KOMFORT-B, (R-)START, (R-)START-PLUS, (R-)KOMFORT beantragt/gewünscht werden				
Angabe des Hausarztes 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 % ambulant % Regelleistung stationär % Wahlleistung stationär		
freie Heilfürsorge und/oder - berücksichtigungsfähiger Angehöriger				
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 ein Krankentagegeldtarif 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?				

1200015 Apr14

Ggf. nähere Angaben zum beantragten/gewünschten Krankentagegeldtarif

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

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 bzw. Kontrolle/Wiedervorstellung angeraten/vorgesehen oder wird sie bereits 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/Milchzähne) 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) _____

Tarife AmbulantTOP(pur), (R-)EKH, KurPLUS, KlinikPLUS(pur), KlinikTOP1(pur), ESP-E 8-29, ESP-E 43-365>20 EUR:

Besteht eine Schwangerschaft? **nein oder ja**

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 nachfolgend genannten Tarife beantragt/gewünscht werden

Tarife AmbulantSTARTpur, AmbulantPLUS, AmbulantPLUSpur, KlinikSTARTpur, KlinikSTART, ESP-E 43-365≤20 EUR, GE, GE-PLUS, GE-TOP

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? **nein oder ja**

Tarife PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP, PflegeBAHRPLUS

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, Rheumatische Erkrankung, Schlaganfall? **nein oder ja**

Tarife KlinikSTART, KlinikSTARTpur, PflegeSTART, PflegePLUS, PflegeTOP, PflegeBAHRPLUS, ESP-E 43-365≤20 EUR Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Beziehen Sie Leistungen aus einer Pflegeversicherung oder haben Sie diese Leistungen beantragt? **nein oder ja** (gilt nicht für die Tarife KlinikSTARTpur, KlinikSTART und ESP-E 43-365≤20)

Erfolgten in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen mit krankhaftem Befund wegen folgender Erkrankungen/Beschwerden: Muskel- oder Knochenschwund, Arthrose, Arthritis, Blutgerinnungsstörungen, Demenz, Alzheimer, Lähmungen, Morbus Parkinson oder psychische Erkrankungen? **nein oder ja**

Zusätzlich nur für die Tarife KlinikSTARTpur, KlinikSTART und ESP-E 43-365≤20 zu beantworten:
Erfolgten innerhalb 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**

Tarif ESP-E 43-365≤20 EUR

Sind Sie arbeitsunfähig oder waren Sie in den letzten 3 Jahren länger als 1 Woche durchgehend arbeitsunfähig? **nein oder ja**

Tarife ZahnBASISpur, ZahnSTART, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur (nur unter 21jährige) und ZAHN PRO

Besteht eine Zahn- und/oder Kieferfehlstellung oder ist eine kieferorthopädische Behandlung bzw. Kontrolle/Wiedervorstellung angeraten/vorgesehen oder wird sie bereits durchgeführt? **nein oder ja**

Tarife ZahnSTART, ZahnSTARTpur, ZahnPLUS, ZahnPLUSpur, ZahnTOP, ZahnTOPpur

Besteht eine Erkrankung des Zahnhalteapparates (Parodontose, Paradontitis)? **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/Milchzähne) oder sind Zähne überkront oder ersetzt (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate? **nein oder ja**

Falls ja, bitte die Anzahl angeben: _____ fehlende Zähne/ _____ überkronte Zähne, ersetzte Zähne (z. B. überbrückte Zähne, prothetisch versorgte Zähne, Implantate)

Tarif GE

Erfolgte in den letzten 5 Jahren ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt oder ist er geplant (gilt nicht für eine erwachsene Begleitperson bei durchgeführter Mutter-Kind-Kur)? **nein oder ja**

PflegePLUS, PflegeTOP

Fanden in den letzten 5 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen anderer kontroll- oder behandlungsbedürftiger Erkrankungen statt? **nein oder ja** Wenn ja: Nähere Angaben

Fragen zu Vorversicherungen an die zu versichernden Personen

Besteht oder bestand eine gesetzliche/private Kranken- (GKV/PKV), soziale/private Pflegepflichtversicherung (SPV/PPV)?

Wenn ja: Versicherung/Vertrag besteht weiterhin oder Versicherung/Vertrag wurde vom Versicherungsnehmer/von der versicherten Person gekündigt

Art der Versicherung	Krankenkasse **oder** Krankenkasse/Pflegekasse **oder** Gesellschaft/Pflegepflichtversicherung **oder** Gesellschaft/Kasse	versichert seit **oder** von - bis

Krankenhaustagegeld in EUR: Kranken(tage)geld in EUR ab dem wievielten Tag der Arbeitsunfähigkeit: laufend **nein oder ja**

Wurde eine PKV und/oder PPV durch den Versicherer gekündigt? Wenn ja (ggf. mehrfach):

Art der Versicherung	Gesellschaft	versichert seit	versichert bis

Wurde eine PKV und/oder PPV durch den Versicherer abgelehnt? Wenn ja (ggf. mehrfach):

Art der Versicherung	Gesellschaft	abgelehnt am

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 Angaben zu den Vorversicherungen ggf. Nachfrage bei dem bisherigen Krankenversicherer hält und entbinde diesen zu diesem Zweck von seiner Schweigepflicht.

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 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.

1320306.pdf Jan13

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

Übersicht der Dienstleister der SIGNAL IDUNA Gruppe

Nachstehend erhalten Sie zu Ihrer Information eine Übersicht der mit den verschiedenen Versicherungsgesellschaften der SIGNAL IDUNA Gruppe kooperierenden Unternehmen. Im Rahmen von Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitungen sowie der Betreuung durch zuständige Vermittler kann eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an diese Unternehmen erforderlich werden. Der Aufstellung können Sie zusätzlich entnehmen, an welche der Unternehmen ggf. auch Gesundheitsdaten weitergeleitet werden.

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

- SIGNAL 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 *
- SIGNAL IDUNA Pensionskasse AG *
- PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft *
- ADLER Versicherung AG *
- SIGNAL IDUNA Sterbekasse VVaG *
- DEURAG Deutsche Rechtsschutz-Versicherung AG *
- DONNER & REUSCHEL Aktiengesellschaft
- HANSAINVEST Hanseatische Investment-GmbH
- SIGNAL IDUNA Asset Management GmbH
- SIGNAL IDUNA Bauspar AG
- SIGNAL IDUNA Vertriebspartnerservice Aktiengesellschaft
- SIGNAL IDUNA Beratungs-GmbH für betriebliche Altersversorgung
- SDV - Servicepartner der Versicherungsmakler AG

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

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer / Partner	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	ROLAND Assistance GmbH	Service Center, telefonischer Kundendienst, Unterstützung bei Pflege-Leistungsfällen und bei stationärer Heilbehandlung	ja
	Schröder Assistance und Consulting GmbH	Service Center, telefonischer Kundendienst	ja
	GDV Dienstleistungs GmbH	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	nein
SIGNAL Krankenversicherung a. G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	PKV-Verband, Köln	Unterstützung, Koordination, Revisionstätigkeit	ja
	IMB Consult GmbH, Bochum	Ärztliche Gutachten und Stellungnahmen	ja
	MedX GmbH	Unterstützumg in der Leistungsbearbeitung	ja
	On Service GmbH	Service Center, Telefonischer Kundendienst	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Assisteur ASS	Unterstützung bei BU-Leistungsfällen	ja
	Assisteur AVUS	Unterstützung bei Todesfällen im Ausland	ja
	Swiss Post Solution GmbH	Bearbeitung von Zulagenanträgen für die Riesterrente	nein
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG	BSGV Bochumer Servicegesellschaft für Versicherungen mbH	Bestandsverwaltung, Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Schadenbearbeitung, telefonischer Kundendienst	ja
	ARA GmbH – Auto- und Reise- Assistance	Erbringung med. Assistanceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	HVR Hamburger Vermögensschaden-Haftpflicht Risikomanagement GmbH	Antragsprüfung und Underwriting	nein

b) in Kategorien von Dienstleister

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrages / der Zusammenarbeit	auch Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Konzerninterne Dienstleistungen	Vertrieb, Abschluss, Abwicklung und Verwaltung von Verträgen	ja
	IT-Dienstleistungen / Rechenzentrum / Backup-Rechenzentrum / Online-Anträge und Abschlüsse	Bereitstellung von IT-Kapazitäten, Hard- und Software einschließlich Wartung	ja
	Wirtschaftsauskunftsunternehmen, Adressermittler	Recherchen, Auskünfte	nein
	Ärzte, Gutachter, Dolmetscher	Med. Untersuchungen, Begutachtungen, Unterstützungsleistungen	ja
	Assisteure, Reha-Dienste	Erbringung Assistanceleistungen zur Unterstützung des Kunden	ja
	Lettershops, Druckereien	Druck und Versand	nein
	Aktenlagerung, Aktenvernichtung	Archivierung und Vernichtung von Akten und Unterlagen	ja
	Markt- und Meinungsforschungsinstitute	Durchführung von repräsentativen Bevölkerungsbefragungen, Kunden- und Außendienstbefragungen	nein
	Rechtsanwaltskanzleien	Anwaltliche Dienstleistung in begründeten Einzelfällen, Forderungseinzug	ja
	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	ja
SIGNAL Krankenversicherung a. G., Deutscher Ring Krankenversicherungsverein a.G.	Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller	Hilfsmittelversorgung, Begutachtungen zur Hilfsmittelversorgung, aktive Kundenunterstützung	ja
	Kliniken	Krankenversorgung, Begutachtungen	ja
IDUNA Vereinigte Lebensversicherung aG für Handwerk, Handel und Gewerbe	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, PVAG Polizeiversicherungs-Aktiengesellschaft, ADLER Versicherung AG	Werkstätten, Handwerksbetriebe, Mietwagenunternehmen	Reparaturen, Sanierungen, Ersatz	nein
	Regulierungsbüros	Schadenregulierung, Belegprüfung	ja

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.

1000004.pdf Aug12 Seite 1 von 3

(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, die hierauf einen Rechtsanspruch haben. Über die Verwendung von Mitteln aus dieser Rückstellung beschließt der Vorstand unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen, Anordnungen der Aufsichtsbehörde und Technischen Berechnungsgrundlagen. Als Form der Verwendung kann der Vorstand wählen: Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung sowie Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Für die Verwendung von Mitteln kann z.B. vorausgesetzt werden: Fortbestehen der Mitgliedschaft, bestimmte Dauer der Mitgliedschaft, Mindesthöhe bezahlter Beiträge, Zugehörigkeit zu bestimmten Tarifen, aus denen Überschüsse herrühren, und Nichtinanspruchnahme von Versicherungsleistungen während einer bestimmten Zeit.
e) Abweichend von d) dürfen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten in Ausnahmefällen aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Beträge zur Abwendung eines drohenden Notstandes (z.B. Verlustabdeckung) entnommen werden.

(5) Ein sich beim Abschluss eines Geschäftsjahres ergebender Jahresfehlbetrag ist zunächst aus der Verlustrücklage zu decken.

Änderungen
§ 16 Satzung, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Tarife mit Tarifbedingungen
(1) Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen einer Dreiviertelmehrheit der anwesenden Mitgliedervertreter.

(2) Änderungen der Satzung, welche die Versicherungsverhältnisse nicht berühren, gelten für alle Mitglieder.

(3) Änderungen des § 15 Abs. (4) und (5) haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse der Mitglieder. Dasselbe gilt für Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife mit Tarifbedingungen für die Versicherung der Mitglieder, soweit dies in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausdrücklich vorgesehen ist.

(4) Änderungen der Satzung werden mit dem Zeitpunkt ihrer Eintragung in das Handelsregister wirksam. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarife mit Tarifbedingungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die schriftliche Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird. Etwaige bei Inkrafttreten der Änderungen durch Eintritt eines Versicherungsfalls bereits erworbene und bestehende Ansprüche werden hiervon nicht berührt.

Auflösung
§ 17
Für den Fall der Auflösung gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 13.08.2012, GZ: VA 16-I 5002-4002-2011/0003.

BaFin

Bundesanstalt für
Finanzdienstleistungsaufsicht

08.01.2013
GZ: VA 16-I 5473-4002-2013/0001
2013/0014057

Bestätigung gemäß § 257 Abs. 2a SGB V

I. Hiermit bestätige ich der

SIGNAL Krankenversicherung a. G.,
Dortmund,

wie mit Schreiben vom 13. Dezember 2012 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,

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 reine Wahlleistungstarife nur hinsichtlich der ausschließlich privat versicherten Personen.

III. Diese Bestätigung gilt nicht für Kurtarife, die ausschließlich den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzende Leistungen vorsehen.

IV. Diese Bestätigung gilt für eine Krankentagegeldversicherung nur, wenn ein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht oder wenn und solange neben der Krankentagegeldversicherung bei dem Versicherer Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht.

V. Diese Bestätigung gilt für eine Krankenhaustagegeldversicherung nur, wenn diese neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

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 0231 135-0
Fax 0231 135-4638

Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstraße 15-19
20354 Hamburg
Telefon 040 4124-0
Fax 040 4124-2958

info@signal-iduna.de
www.signal-iduna.de

SIGNAL IDUNA
gut zu wissen

1325114 Jan15